

SOLIDARITÉS

ÉTABLISSEMENTS SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

*Direction générale
de la cohésion sociale*

Service des politiques d'appui

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

NOR : AFSA1616507J

Validée par le CNP le 10 juin 2016. – Visa CNP 2016-96.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social vise à renforcer la prévention du risque infectieux dans le secteur médico-social par la mise en place d'une démarche d'analyse des risques, pour une meilleure sécurité des résidents/usagers, pour limiter la diffusion des bactéries multi et hautement résistantes émergentes et pour participer à la lutte contre l'antibiorésistance. Les établissements concernés : EHPAD-MAS-FAM-IEM et établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés pourront utilement s'appuyer sur les outils développés à cette fin.

Mots clés : risque infectieux – prévention des infections associées aux soins – analyse de risque – établissements médico-sociaux – antibiorésistance – BMR/BHRe.

Références :

Article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles ;

Instruction n° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) 2015.

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

Annexes :

Annexe 1. – Mise en œuvre du programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) dans le secteur médico-social (période 2016-2018).

Annexe 2. – Le document d'analyse du risque infectieux (DARI).

Annexe 3. – Prévention et maîtrise de l'antibiorésistance.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour attribution et diffusion) ; copie pour information : Mesdames et Messieurs les préfets de région ; Mesdames et Messieurs les préfets de département.

Cette instruction vise à faciliter la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social d'une part, en faisant le lien avec le programme 2011/2013, dont la méthodologie d'action dans les EMS, sous forme de la mise en place d'une démarche d'analyse des risques formalisée dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI) est pérennisée, d'autre part en explicitant les principales dispositions le concernant.

Elle reprend les priorités actuelles du PROPIAS : développer la prévention des IAS en associant les usagers, renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance et réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs.

Le PROPIAS s'inscrivant dans la durée, la montée en charge du secteur médico-social dans le programme continuera de se faire de manière progressive. Pour les trois prochaines années, soit la période 2016/2018, outre les EHPAD et les MAS-FAM, les établissements médico-sociaux concernés sont ceux accueillant des enfants lourdement handicapés : soit les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés (code FINESS 188) et les instituts d'éducation motrice (IEM - code FINESS 192).

L'instruction vise l'engagement de tous les EMS concernés dans la démarche d'analyse des risques avec la formalisation du DARI assorti d'un plan d'actions prioritaires d'ici fin 2018.

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

Dans le cadre du PROPIAS, les enjeux sont de poursuivre la mobilisation des EMS sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux, pour une meilleure sécurité des résidents/usagers, pour limiter l'émergence et la diffusion des bactéries multi résistantes et hautement résistantes émergentes (BMR/BHRe) et pour participer à la lutte contre l'antibiorésistance.

Vous voudrez bien présenter le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) aux établissements concernés et les inciter à s'engager activement dans la démarche d'analyse du risque infectieux

Vous voudrez bien assurer une large diffusion de cette instruction aux établissements médico-sociaux et aux professionnels concernés, ainsi que pour information au président du ou des conseils départementaux de votre région et veiller au suivi de ces dispositions.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général
de la cohésion sociale,*
J-P. VINQUANT

*Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ANNEXE 1

MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME NATIONAL D' ACTIONS DE PRÉVENTION DES INFECTIONS ASSOCIÉES AUX SOINS (PROPIAS) DANS LE SECTEUR MÉDICO-SOCIAL (PÉRIODE 2016/2018)

INTRODUCTION

En 2007, une nouvelle définition élargissant le concept hospitalier « d'infections nosocomiales » à celui « d'infections associées aux soins » (IAS), a ouvert la voie à une vision globale de la prévention centrée sur le patient et sur son parcours dans la chaîne de soins. Le PROPIAS s'inscrit dans cette évolution et vise à favoriser la mutualisation des moyens, la synergie, la cohérence et la continuité des actions de prévention tout au long de ce parcours : établissements de santé (ES), établissements médico-sociaux (EMS) et soins de ville.

Les priorités actuelles du PROPIAS sont de développer la prévention des IAS en associant les usagers, de renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance et de réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs.

Le PROPIAS s'inscrivant dans la durée, c'est à terme, tout le champ des établissements et services médico-sociaux (ESMS) qu'il s'agira de sensibiliser au risque infectieux. Mais, considérant d'une part, le nombre des structures médico-sociales, le niveau variable du risque infectieux en rapport avec la « fonction soins » au sein de celles-ci, et d'autre part, la nécessité établie lors du bilan du premier programme réalisé en mai 2015, de mettre en place un accompagnement des établissements dans la démarche, la montée en charge du secteur médico-social dans le programme continuera de se faire de manière progressive.

Ainsi, pour les trois premières années du PROPIAS (2016/2018), aux établissements concernés par le premier programme 2011/2013 (les établissements pour personnes âgées dépendantes [EHPAD], les maisons d'accueil spécialisé [MAS], les foyers d'accueil médicalisés [FAM]), dont la mobilisation doit être renforcée, s'ajouteront les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés (code FINESS 188) et les instituts d'éducation motrice (IEM) (code FINESS 192).

Cette priorisation ne remettra pas en cause les travaux engagés par certaines ARS auprès d'autres types de structures médico-sociales (ex : les services de soins infirmiers à domicile), qu'il s'agira de capitaliser lors des évaluations annuelles du PROPIAS.

Lors de la première évaluation trisannuelle du PROPIAS, il pourra être envisagé son extension à d'autres structures médico-sociales, établissements ou services, en fonction des retours d'expérience des ARS et des besoins exprimés par le secteur.

CONTEXTE

Dans la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social sont pris en compte d'une part, les spécificités du secteur médico-social et, d'autre part, les enseignements du premier programme.

Les spécificités du secteur médico-social

Les établissements médico-sociaux sont des lieux de vie. Les personnes accueillies y séjournent souvent pendant de longues années. Il en est ainsi pour les personnes handicapées, le temps par exemple de la stabilisation clinique après un accident, de la préparation au passage toujours espéré vers une vie autonome ou, pour les personnes âgées en EHPAD, jusqu'à la fin de leur vie. Il y a donc un équilibre à trouver entre les deux impératifs de sécurité sanitaire et de préservation de la qualité de vie. La recherche de l'amélioration des pratiques professionnelles en matière d'hygiène doit être compatible avec celle de la préservation d'un cadre de vie le plus normal possible.

Le fondement de l'accompagnement médico-social repose sur le projet de vie. La prise en charge des personnes intègre le respect de leurs droits, de leur vie sociale et relationnelle et, selon les populations accueillies et les missions de la structure, l'apport de prestations diverses : hébergement, éducation, insertion professionnelle, insertion sociale et soins.

Dans les EMS, en application de l'article L.162-2 du code de la sécurité sociale (CSS) les résidents/usagers ont le libre choix de leurs praticiens. Le traitement des pathologies courantes, dont les pathologies infectieuses, relèvent donc dans leur grande majorité des médecins traitants, le plus

souvent des généralistes libéraux. Les médecins traitants sont appelés en consultation, soit dans la structure pour les personnes hébergées, soit à domicile, notamment pour les enfants et les jeunes handicapés qui retournent chez eux le soir.

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

Les taux d'encadrement et le ratio de personnel sont plus faibles dans les EMS que dans les établissements de santé (ES). Ils ne permettent pas le plus souvent de disposer en interne de compétences spécialisées en hygiène.

Les enseignements du premier programme 2011-2013

L'enjeu du premier programme de prévention des infections dans le secteur médico-social était de mobiliser les EMS sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles.

L'option retenue était de promouvoir une démarche, formalisée dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI), qui permette à chacun d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique, d'apprécier son niveau de maîtrise de ce risque afin d'aboutir à la mise en place d'une organisation et à l'élaboration d'un programme d'actions prioritaires à mener qui lui permettent de progresser au quotidien et d'agir plus efficacement en cas de crise.

Le bilan¹ de la mise en œuvre du programme 2011-2013 réalisé avec les Agences régionales de santé (ARS) a permis de faire les principaux constats suivants :

Si, avec ce premier programme, une dynamique s'est mise en place sur le terrain, la mobilisation des EMS a été inégale (un tiers ont fait leur DARI, un tiers sont en cours et un tiers n'ont pas commencé) et elle apparaît très hétérogène, selon les régions et à l'intérieur même des régions.

Le concept du DARI est désormais connu et utilisé par tous, mais pour la majorité des professionnels, il est souvent réduit à la réalisation de l'étape d'autoévaluation, c'est-à-dire au remplissage de l'outil du groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH). De ce fait, les autres étapes de la démarche d'analyse des risques sont souvent oubliées, notamment la formalisation du plan d'action et sa mise en œuvre dans un calendrier défini, ainsi que la réalisation du volet communication indispensable pour mobiliser les personnels et les usagers : résidents et proches. S'agissant de l'étape d'autoévaluation, la tendance des professionnels qui réalisent pour la première fois leur auto-évaluation est de surestimer le score des objectifs atteints pour les sept chapitres du manuel du GREPHH, ce qui peut leur donner un sentiment de fausse sécurité. L'accompagnement des auto-évaluateurs dans cette étape, comme le montre l'enquête pilote en MAS-FAM réalisée en 2004 par le réseau des CCLIN-ARLIN (centres de coordinations de lutte contre les infections nosocomiales - antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales) disponible sur le site <http://www.grephh.fr/FAM-MAS-GREPHH.html> , permet de faire un point plus rigoureux, de dégager plus clairement les points faibles et donc les axes de progrès. Il faut rappeler que ce qui importe n'est pas d'afficher d'emblée un bon score, mais d'améliorer ce score au fil du temps grâce à la mise en œuvre du programme d'actions, ce qui témoigne de l'amélioration des pratiques professionnelles dans l'établissement.

Parmi les principales contraintes identifiées pour la mise en œuvre du programme par les EMS, outre les aspects financiers (le manque de moyens humains est le plus souvent mis en avant), les contraintes sociotechniques sont importantes. La principale est d'ordre culturelle avec la réticence d'une part encore non négligeable des professionnels du médico-social à s'impliquer dans la gestion d'un risque sanitaire, exprimant la crainte une « sanitarisation » de leur établissement qui viendrait impacter défavorablement la qualité de vie des résidents. Est également pointée par les ARS le besoin d'appropriation de la démarche d'analyse des risques qui apparaît relativement nouvelle dans le secteur des EMS par rapport au secteur des ES.

Enfin, les établissements ont besoin d'un accompagnement dans la démarche les premières années du programme, notamment de l'appui d'un hygiéniste, le temps pour le personnel d'acquérir les connaissances de base en hygiène. Dans le premier programme, il avait été préconisé de passer convention avec les équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) d'un établissement de santé de proximité, cette coopération dans les faits s'est parfois révélée difficile à formaliser en raison de la

¹ Bilan de la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013 par la direction générale de la cohésion sociale (Anne-Marie TAHRAT, Gaëlle LAVANANT), mai 2015.

charge de travail des EOH, c'est pourquoi, certaines ARS ont choisi de mettre en place de manière expérimentale, des dispositifs d'appui territorialisés qui permettent aux EMS de bénéficier des compétences en hygiène nécessaires.

LE PROGRAMME

1. Les enjeux

Dans le cadre du PROPIAS, les enjeux sont de poursuivre la mobilisation des EMS sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux, pour une meilleure sécurité des résidents/usagers, pour limiter l'émergence et la diffusion des bactéries multi résistantes et hautement résistantes émergentes (BMR/BHRe) et pour participer à la lutte contre l'antibiorésistance.

La méthodologie d'action préconisée dans les établissements médico-sociaux : la mise en place d'une démarche d'analyse des risques formalisée dans le DARI est pérennisée.

2. Les éléments du programme

2.1. Au niveau national

Pour les aider dans leur démarche, différents outils sont mis à la disposition des établissements :

- le document d'analyse du risque infectieux (DARI) (*cf.* annexe 2) qui comprend deux parties : la méthode d'élaboration et un tableau d'aide à l'élaboration d'un plan d'action suite à l'autoévaluation.
- le manuel national d'autoévaluation de la maîtrise du risque infectieux.

Réalisé par le groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH), le manuel comprend actuellement deux versions, l'une pour les EHPAD et l'autre pour les MAS et FAM. Cet outil permet aux établissements grâce à une aide informatisée, de visualiser les points forts et les points faibles de leur organisation pour dégager ensuite leur programme d'actions prioritaires;

Les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés et les instituts d'éducation motrice pourront utilement s'appuyer sur le manuel du GREPHH destiné aux MAS-FAM qui leur semble tout à fait transférable (une expérimentation est prévue, avec quelques établissements qui se déclareront volontaires pour y apporter en lien avec le GREPHH, les éventuelles modifications nécessaires);

- les fiches pratiques interCCLIN.

Des fiches pratiques ont été élaborées pour répondre aux critères du manuel. Elles sont en cours d'actualisation par un groupe de travail interCLIN .

Le manuel du GREPHH et les fiches pratiques interCCLIN sont téléchargeables sur le site Internet du GREPHH : <http://www.grephh.fr>

Par ailleurs, les EMS pourront utilement se référer à d'autres outils de formation ou d'aide à la pratique recensés dans le cadre du bilan du premier programme, notamment ceux réalisés par les ARS (disponibles sur leurs sites) , par le réseau des CCLIN/ARLIN (intégrés à la base de données NOSOBASE); mise à disposition des professionnels des fiches techniques relatives à la réalisation des actes invasifs.

L'axe 3 du PROPIAS porte sur la réduction des risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé. Si les soins dans les EMS consistent principalement en soins de base et relationnels communément désignés par le terme de « nursing » (toilettes, changes, soins d'hygiène, de confort, prévention de la dénutrition, de la survenue d'escarres...), sont également réalisés des soins techniques ou de rééducation/réadaptation qui nécessitent la réalisation d'actes invasifs.

Un groupe de travail sera constitué en 2016 pour recenser les actes invasifs réalisés dans les EMS ainsi que les dispositifs médicaux implantés en établissements de santé chez certains résidents/usagers et pour colliger ou élaborer si elles manquent, les fiches techniques les concernant.

Ces fiches seront intégrées aux fiches pratiques interCCLIN.

Enquête nationale de prévalence en 2016 : « Prev'EHPAD »

Le PROPIAS prévoit la réalisation d'une enquête nationale de prévalence (ENP) tous les cinq ans dans le secteur médico-social. La première enquête aura lieu en 2016 dans les EHPAD. Celle-ci dénommée « Prev'EHPAD » conduite sous l'égide de l'Institut de veille sanitaire (InVS) qui en a confié

la réalisation au CCLIN Sud-est, permettra de mesurer la prévalence des infections mais aussi celle des traitements antibiotiques prescrits aux résidents sur un échantillon de 700 établissements tirés au sort.

Les EHPAD qui ne feront pas partie de l'échantillon pourront néanmoins s'ils le souhaitent, réaliser cette étude, en effet, l'ensemble des outils nécessaires à sa réalisation sera disponible pour tous les établissements. Ces EHPAD pourront ainsi produire leurs propres résultats et se situer par rapport aux données nationales et régionales de référence.

Toutes les informations sur cette enquête nationale de prévalence seront disponibles sur le site Internet de l'InVS : <http://www.invs.sante.fr/prevehpad>

Retour d'expérience des dispositifs d'appui territorialisés

Une journée d'échange avec les ARS/ARLIN sera organisée au deuxième semestre 2016 pour capitaliser les retours d'expérience des ARS ayant mis en place un dispositif d'appui territorialisé pour les EMS.

2.2. Au niveau régional

Pour faciliter la mise en œuvre du programme par les EMS, les ARS organiseront en lien avec les ARLIN dans le cadre des réseaux régionaux de vigilance et d'appui (RREVA):

- des sessions départementales ou régionales d'information pour présenter le programme et ses outils aux EMS nouvellement concernés ou à ceux qui ne s'étaient pas encore engagés dans la démarche lors du programme 2011/2013;
- l'animation régionale du réseau des acteurs de la prévention des IAS dans le secteur médico-social pour:
 - assurer la formation continue des professionnels des EMS et la diffusion des outils pédagogiques développés par les ARS/ARLIN/ CCLIN;
 - mobiliser l'expertise et, en tant que de besoin, apporter l'appui de proximité aux EMS qui en font la demande, pour élaborer leur DARI, notamment l'aide à la formalisation de leur programme d'actions prioritaires;
 - apporter une aide à l'évaluation des pratiques de prévention du risque infectieux,

Les ARS assureront le suivi de l'engagement des EMS dans la démarche d'analyse du risque infectieux

Au début de chaque année un point de situation sera fait avec les ARS sur la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social

2.3. Au niveau des établissements

Les établissements médico-sociaux concernés mettent en place dans leur établissement la démarche d'analyse du risque infectieux et la formalise dans le DARI. (cf. annexe 2)

Le directeur de l'établissement désigne dès 2016 le responsable dûment mandaté pour mettre en place la démarche dans l'établissement et met en place le comité de suivi.

Les établissements auront jusqu'à fin 2018 pour élaborer leur DARI avec la formalisation de leur plan d'actions prioritaires, mais l'ensemble des personnels en contact avec les résidents/usagers sera sensibilisé dès que possible et au plus tard fin 2017, à la prévention de la transmission croisée (précautions standard- gestion des excréta)

Pour les EMS ne disposant pas en interne d'une expertise en hygiène, certains dispositifs de coopération, notamment les groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) visés à l'article L. 312-7 du CASF ou les groupements de coopération sanitaires (GCS) visés à l'article L. 61331-1 du CSP, peuvent fournir des opportunités de mutualisation de fonctions ou de compétences entre établissements, utiles notamment dans le cadre de ce programme (infirmier hygiéniste, qualitatif, gestionnaire de risque...)

En cas de difficulté lors de l'élaboration du DARI, il est recommandé de prendre l'attache de l'ARS qui a vocation à mobiliser l'expertise régionale en hygiène, pour apporter selon les besoins un appui de proximité aux établissements.

Dans le programme d'actions prioritaires qui sera défini par l'établissement, une attention toute particulière sera portée aux points suivants:

- la connaissance et l'application rigoureuse par l'ensemble des professionnels au contact des résidents/usagers des précautions standard, base de la lutte contre la transmission croisée;
- l'information du personnel relative à l'antibiorésistance et aux bactéries multi résistantes ou hautement résistantes émergentes (cf. annexe 3);

- la sensibilisation des personnels à la vaccination antigrippale;
- le signalement des infections associées aux soins, conformément à la réglementation en vigueur (un décret d'application de l'art. L. 1413-14 modifié est en cours de rédaction).

L'élaboration d'un plan de crise : l'établissement devra savoir détecter une épidémie, prévenir l'ARS et mettre en place les premières mesures de gestion en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux (La CIRE pour l'aide à l'investigation, en complémentarité avec l'ARLIN pour la gestion de l'épisode et l'aide à la mise en place des mesures à prendre) : mettre en place une cellule de crise au sein de l'établissement (dans le format du comité de suivi du programme) et renforcer les mesures d'hygiène standard.

ANNEXE 2

LE DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI)

A. – MÉTHODE D'ÉLABORATION

Le management du risque infectieux dans les EMS vise deux objectifs, d'une part, améliorer la sécurité des résidents/usagers et du personnel, d'autre part, maintenir le bon fonctionnement de l'établissement.

L'option retenue pour gérer le risque infectieux dans les EMS est la mise en place d'une démarche d'analyse des risques selon le processus décrit dans le DARI, document élaboré afin d'aider les établissements à la formaliser.

L'engagement dans la démarche requiert la mise en place par le directeur de l'établissement des mesures organisationnelles suivantes :

- désignation d'un responsable dûment mandaté pour mettre en place la démarche dans l'établissement,
- mise en place d'un comité de suivi composé au minimum du directeur, du responsable mandaté, d'un médecin (le médecin coordonnateur en EHPAD), d'un cadre infirmier. Ce comité fera des points réguliers sur l'avancée de l'établissement dans la démarche, qui permettront d'opérer les ajustements nécessaires.

Le DARI

La démarche d'analyse des risques comporte classiquement trois étapes: évaluation des risques, gestion des risques et communication. Ce sont ces trois étapes d'égale importance qui doivent conduire à l'élaboration du DARI.

1. Évaluation des risques

Recenser les épisodes infectieux survenus dans l'établissement au cours des trois dernières années, qui ont pu toucher aussi bien les résidents que les personnels.

Déterminer leur criticité (obtenue en multipliant la gravité par la fréquence):

Il est proposé d'utiliser une échelle de gravité et de fréquence simple cotée de 1 à 4.

Échelle de gravité:

1. Mineure: sans dommage pour la santé.
2. Moyenne: dommage, sans altération de l'état général.
3. Élevée: altération de l'état général, mais sans risque vital.
4. Très élevée: avec risque vital.

Échelle de fréquence:

1. Possibilité faible de survenue.
2. Possibilité moyenne de survenue.
3. Risque récurrent.
4. Possibilité très élevée.

Cette cotation est subjective, mais elle permet de classer facilement les épisodes infectieux selon l'importance ressentie

Hiérarchiser les épisodes infectieux selon leur criticité décroissante:

Cette cartographie sera utile à prendre en compte lorsqu'il s'agira de déterminer les priorités du programme de prévention de la structure.

2. Gestion des risques

Analyser le niveau de maîtrise du risque infectieux dans la structure :

Le manuel d'auto-évaluation proposé pour accompagner cette étape permet de faire le point sur les organisations, les protocoles et autres moyens de prévention déjà implantés dans l'établissement. Il permet de dégager rapidement les points positifs et ceux qui sont à améliorer.

L'application informatique de l'outil permet l'édition des résultats sous forme de scores d'objectifs atteints pour chacun des sept chapitres du manuel. Au terme de l'exercice, les priorités d'amélioration sont ainsi tracées pour l'établissement.

Élaborer le programme d'actions prioritaires :

La gestion des risques consiste à élaborer les solutions qui permettront de les gérer, c'est-à-dire de les réduire autant que faire se peut. Cela passe par la construction et la mise en œuvre d'un programme d'actions.

La deuxième étape du DARI consiste donc pour l'établissement à construire son programme d'actions prioritaires en déterminant les mesures organisationnelles et techniques à mettre en œuvre.

Si l'établissement fait le choix de passer des conventions avec d'autres établissements, organismes ou professionnels sur ce sujet, ces conventions seront jointes en annexe.

Fixer le calendrier de réalisation du programme d'actions prioritaires à échéance des 2 ou 3 années à venir.

Prévoir la périodicité des évaluations du programme :

Ces évaluations périodiques permettront de mesurer les progrès accomplis et de réajuster autant que de besoin le programme d'actions dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du résident.

3. Communication

Le responsable de la mise en œuvre de la démarche veille en lien avec la direction, à assurer une bonne communication sur les décisions à chaque étape, sur les résultats obtenus, sur les éventuels réajustements du plan d'actions.

Il est essentiel de tenir informés tout au long du processus tous les acteurs concernés : en premier lieu les personnels et les professionnels intervenant dans l'établissement mais aussi les résidents/usagers, leurs familles, les bénévoles et les différents partenaires, pour faire en sorte que chacun comprenne le sens du travail engagé et participe pleinement à la mise en place et à l'évaluation des actions correctives.

B. – TABLEAU D'AIDE À L'ÉLABORATION D'UN PLAN D'ACTION DARI SUITE À L'AUTO-ÉVALUATION

TABLEAU D'AIDE à l'élaboration du plan d'action DARI	CHAPITRES	POINTS FAIBLES de votre organisation.	ACTION à conduire	RESPONSABLE de l'action	CALENDRIER	POINTS de situation 1 (Date du comité de suivi)
1	Chapitre I. - Organisation des moyens de prévention dans l'établissement					
2	I-1. Moyens					
3	I-2. Surveillance/Alerte/Indicateurs					
4	I-3. Antibiotiques					
5	I-4. Tenue du personnel dans l'établissement					
6	Chapitre II. - Gestion de l'environnement et des circuits					
7	II-1. Entretien des locaux					
8	II-2. Hygiène en restauration					
9	II-3. Gestion du linge					
10	II-4. Gestion des déchets					
11	II-5. Gestion de la qualité de l'eau					
12	Chapitre III. - Gestion du matériel					
13	Chapitre IV. - Gestion des soins					
14	IV-1. Actes infirmiers et de nursing					
15	IV-2. Antiseptiques					
16	IV-3. Précautions « standard »					
17	IV-4. Précautions complémentaires					
18	IV-5. Hygiène des résidents					
19	Chapitre V. - Les vaccinations contre les affections respiratoires					
20	Chapitre VI. - Gestion des risques épidémiques					
21	VI-1. Gale					
22	VI-2. Tuberculose pulmonaire					
23	VI-3. Gastro-entérite					
24	VI-4. Infection respiratoire aigüe basse					
25	Chapitre VII. - Prévention des accidents avec exposition au sang					

ANNEXE 3

PRÉVENTION ET MAÎTRISE DE L'ANTIBIORÉSISTANCE

La résistance aux antibiotiques est un enjeu de santé publique qui n'est pas limitée au secteur hospitalier : des patients porteurs de bactéries multi résistantes (BMR) voire hautement résistantes (BHRe) sont identifiés en communauté, en particulier dans des établissements médico-sociaux tels les EHPAD. La maîtrise de la diffusion des BMR ou BHR repose sur deux axes stratégiques : la prévention de la diffusion à partir des patients porteurs et la réduction de la prescription des antibiotiques.

La prévention de la diffusion repose d'abord sur l'application des précautions standard (PS) pour tous les soins, à tous les résidents/usagers, quel que soit leur statut infectieux (c'est-à-dire qu'ils soient malades ou non, colonisés ou non). À cet égard sont soulignés :

- l'impératif de mettre en place une organisation qui facilite l'hygiène des mains au plus près des soins en privilégiant l'emploi des solutions hydro alcooliques (SHA) ;
- la nécessité d'appliquer les recommandations en vigueur pour la gestion des excréta.

S'il n'y a pas lieu de procéder au dépistage des résidents/usagers en EHPAD pour rechercher un portage BMR ou de BHRe, pour les porteurs identifiés les mesures spécifiques suivantes sont à mettre en œuvre :

- mettre en place une signalisation relative aux mesures complémentaires d'hygiène à observer, selon la procédure de l'établissement (ex : sur la porte de la chambre ou à l'intérieur de la chambre, sur le dossier du résident/usager, les bons de transports...);
- informer impérativement les établissements ou les professionnels de santé « receveurs » du statut de porteur de BMR/BHRe du résident/usager lors des transferts (pour hospitalisation, consultation, examens...);
- informer sur les règles d'hygiène à adopter : le résident/usager, ses proches, l'équipe soignante, les intervenants extérieurs (ex ambulanciers);
- réaliser un bio nettoyage quotidien de la chambre selon la procédure en vigueur dans l'établissement. Une prise en charge en chambre individuelle est recommandée.

La réduction de la prescription des antibiotiques peut bénéficier de la mise en place des mesures suivantes :

- mettre à disposition des prescripteurs des recommandations et guides de bonnes pratiques de traitement antibiotique ;
- déterminer, en lien avec les médecins traitants concernés, les modalités de la réévaluation systématique de la prescription antibiotique entre la 48^e et la 72^e heure ;
- améliorer le diagnostic par la mise à disposition de tests rapides d'orientation (ex TROD grippe);
- réaliser un prélèvement seulement sur prescription médicale ;
- sensibiliser le personnel mais aussi les résidents/usagers et leurs proches au bon usage des antibiotiques.

L'ensemble de ces éléments est détaillé dans l'appendice 1 ; des supports de communication expliquant les mesures d'hygiène pour la prise en charge des BMR et BHRe sont disponibles auprès du réseau CCLIN-ARLIN.

Par ailleurs, la bonne information de tous doit permettre d'éviter toute crainte inconsidérée des BMR et BHRe qui pourrait conduire soit à un refus injustifié d'une demande d'admission dans un établissement ou à la stigmatisation d'un résident/usager porteur.

APPENDICE

« L'antibiorésistance et les bactéries multi résistantes ou hautement résistantes émergentes :
comprendre pour mieux agir »

Éléments d'information pour le personnel des ESMS

La longue bataille contre les maladies infectieuses

C'est à Louis Pasteur que l'on doit d'avoir compris que les infections sont causées par des microbes, (on dit aujourd'hui micro-organismes) et que l'une des modalités de leur acquisition était « la transmission croisée ». Ainsi, à propos de la fièvre puerpérale, qui tuait de nombreuses femmes dans les suites de leur accouchement à l'hôpital, il a écrit, contrecarrant les diverses théories de l'époque : « Ce qui cause l'infection, ce n'est rien de tout cela ; c'est le médecin et son personnel qui transporte le microbe d'une femme malade à une femme saine ». Pasteur a démontré l'importance de l'hygiène, confirmant ainsi les travaux précurseurs de Semmelweis, obstétricien hongrois, qui avait déjà relié « la fièvre des accouchées » au manque de propreté des médecins et à l'absence de désinfection dans les hôpitaux.

Puis Pasteur a ouvert la voie à la vaccination en sauvant en 1885, un petit alsacien de 9 ans Joseph Meister, mordu par un chien enragé sur le chemin de l'école.

En 1928, le docteur Alexander Fleming découvre par hasard, la pénicilline, en observant l'action de moisissures qui ont, en son absence, contaminé ses boîtes de laboratoires. Mais il faudra attendre une dizaine d'années encore et les travaux d'une équipe internationale pour disposer de la pénicilline G. Les premiers patients à bénéficier de cet antibiotique seront des blessés britanniques de la seconde guerre mondiale. (L'utilisation des moisissures pour traiter des infections était connue depuis la plus haute antiquité : Chine, Grèce, Moyen Orient...). Depuis les années 1950, d'autres familles d'antibiotiques ont été progressivement découvertes. Les antibiotiques sont des substances capables de tuer ou d'inhiber les bactéries (les antibiotiques n'agissent pas sur les virus, ni sur les champignons, ni sur les parasites).

Depuis Pasteur, nous cherchons à combattre les microbes responsables d'infections humaines, mais aussi animales ou végétales. Grâce à l'hygiène, aux vaccins, aux antibiotiques, mais aussi à l'amélioration des conditions de vie (ne disait-on pas au 19^e siècle qu'il y avait deux sortes de tuberculose : celle dont on guérissait, la tuberculose des riches et celle dont on mourrait, la tuberculose des pauvres...), les succès dans ce domaine ont été gigantesques avec la disparition des grands fléaux (Peste, variole, diphtérie, choléra, tuberculose...) grâce notamment aux grandes campagnes conduites sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

On a pu croire un moment que la bataille contre les micro-organismes était gagnée, mais c'était sans compter sur la capacité d'adaptation sur le long cours des êtres vivants à leur environnement et de ce point de vue, les bactéries, premières formes de vie apparues la terre, étaient bien entraînées à se défendre, comme le montrera le développement rapide des résistances aux antibiotiques.

Quelques repères sur les bactéries

La plupart des bactéries sont des micro-organismes unicellulaires, dont le génome se compose d'un seul chromosome formé d'ADN, et qui se présentent le plus souvent sous une forme sphérique (les coques) ou sous forme de bâtonnets (les bacilles).

Les bactéries colonisent tous les écosystèmes, participant pour une très large part avec les autres micro-organismes, à l'équilibre biologique existant à la surface de la Terre. Elles sont donc présentes dans tous les milieux : le sol, l'eau, l'air, sur toutes les surfaces qui nous entourent, sur tous les êtres vivants qu'elles colonisent massivement.

La plupart des bactéries sont inoffensives ou bénéfiques pour l'organisme. Dans certaines conditions, certaines bactéries peuvent être pathogènes pour l'homme, c'est-à-dire susceptibles de provoquer une maladie.

Aux bactéries pathogènes qui pénètrent dans le corps, s'y développent et sont responsables d'infections, on oppose les bactéries saprophytes, qui pour la plupart, sont inoffensives (certaines peuvent toutefois être néfastes par le biais de toxines qu'elles sécrètent). On retrouve de nombreuses espèces de bactéries saprophytes dans le corps humain notamment au niveau de la peau et dans les conduits naturels (ex tube digestif) dans les flores qui les tapissent massivement.

L'homme dispose de moyens naturels de défense contre les bactéries pathogènes. « Pour déclencher une maladie, celles-ci doivent pénétrer dans l'organisme et s'y multiplier. Une bonne alimentation et une hygiène de vie correcte constituent une première protection. La peau, les muqueuses

forment une première ligne de défense contre la pénétration d'organismes pathogènes. Les bactéries de la flore normale constituent aussi une barrière de protection. Lorsqu'un micro-organisme a pénétré ces premières lignes de défense, il rencontre des cellules spécialisées qui se mobilisent contre l'invasion, les phagocytes ; l'inflammation est une réaction défensive non spécifique. Un second système de défense très efficace est le système immunitaire spécifique, capable de reconnaître des antigènes portés ou sécrétés par les bactéries, et d'élaborer des anticorps spécifiques de ces antigènes. »

L'apparition ou non de la maladie infectieuse et son évolution résultent donc de l'équilibre entre d'une part, le nombre et la virulence (c'est-à-dire l'intensité de leur pouvoir pathogène) des bactéries pathogènes présentes dans l'individu (l'hôte), et d'autre part des capacités de défense naturelles de l'hôte.

*L'apparition de bactéries multi résistantes (BMR)
et hautement résistantes émergentes (BHRe): de quoi s'agit-il ?*

Quelques années seulement après la découverte des antibiotiques, on a vu apparaître des bactéries qui n'étaient plus sensibles à un antibiotique auparavant efficace. Ces bactéries ont développé dans leur génome des gènes de résistance contre cet antibiotique, obligeant les médecins à avoir recours à un autre antibiotique. Puis, le phénomène s'est amplifié et certaines bactéries sont devenues résistantes à plusieurs antibiotiques à la fois, on dit qu'elles sont devenues multi résistantes.

La première bactérie multi résistante à avoir posé problème est le staphylocoque doré résistant à la méticilline (SARM). Elle a présenté dès 1947 une résistance à la pénicilline, soit cinq ans seulement après le début de la mise sur le marché de cet antibiotique.

En France, jusqu'aux années 2000, c'était surtout l'hôpital qui était confronté aux bactéries multi résistantes mais la situation a radicalement changé : aujourd'hui, ce sont chez les patients des villes que le nombre d'infections à BMR augmentent.

De plus, on a vu plus récemment apparaître des BMR avec des profils de résistance de plus en plus sévères : les bactéries hautement résistantes (BHR). Elles ne sont sensibles qu'à un nombre très limité d'antibiotiques. À ce jour en France, on ne les retrouve que sous forme de cas sporadiques ou d'épidémies de petite taille, on dit qu'elles sont émergentes (BHRe).

*Faut-il craindre les BMR/BHRe ? pourquoi faut-il maîtriser leur diffusion ?
rendent-elles malade ?*

Le professeur Antoine Andremont, bactériologiste, spécialiste de la flore intestinale et professeur à la faculté de médecine Xavier-Bichat, explique : « Ce n'est pas parce qu'elles sont résistantes que les bactéries rendent les sujets malades. Il ne faut pas assimiler la "résistance" d'une bactérie et sa capacité à créer une maladie, ce qu'on appelle "virulence" ou "pathogénicité". Du point de vue médical, ce qui rend grave la multiplication des bactéries résistantes, c'est que les patients qui sont infectés par de telles bactéries sont plus difficiles à traiter que ceux qui sont infectés par des bactéries sensibles aux antibiotiques. Les difficultés thérapeutiques vont évidemment être de plus en plus importantes quand les bactéries vont devenir résistantes à de plus en plus d'antibiotiques. Très souvent désormais, nous avons à traiter des patients pour lesquels deux ou trois antibiotiques seulement restent actifs. Des cas où il n'y en a plus aucun ont été observés². »

Dans un rapport de 2014, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a alerté sur la grave menace, que constitue cette réalité à l'échelle mondiale, qui touche en de nombreux pays, des hommes et des femmes de tous âges. Le Dr Keiji Fukuda, sous-directeur général pour la sécurité sanitaire écrit : « À moins que les nombreux acteurs concernés agissent d'urgence, de manière coordonnée, le monde s'achemine vers une ère post-antibiotique, où des infections courantes et des blessures mineures, qui ont été soignées depuis des décennies, pourraient à nouveau tuer. »

Donc on le voit, si l'on cherche à toute force à limiter la diffusion des BMR/BHRe, c'est en raison de leur antibiorésistance, et non parce qu'elles seraient plus dangereuses que les autres bactéries : leur virulence et leur pouvoir invasif ne sont pas supérieurs à ceux des autres bactéries pathogènes.

Pourquoi et comment ces résistances bactériennes se sont-elles développées ?

Cette situation est la conséquence du mauvais usage des antibiotiques. Ces médicaments qui ont été développés uniquement pour traiter les infections d'origine bactériennes, ont été employés sans discernement pour tous les problèmes infectieux y compris les infections d'origine virale. Par ailleurs, comme ils étaient efficaces sur les bactéries, très peu toxiques et bon marché, on

² « Biodiversité, antibiotiques et résistance des bactéries : un surprenant trio ! » Prof. Antoine Andremont : *Notre santé et la biodiversité*, Éd. Buchet-Chastel, Paris 2013.

en a fait un emploi privilégié, les prescrivant dès la moindre fièvre, contribuant ainsi par ailleurs à faire oublier aux populations l'importance de l'hygiène. On en a fait un usage massif avec de fortes doses sur des durées inutilement longues. Cet emploi abusif n'a pas concerné uniquement la médecine humaine mais aussi la médecine vétérinaire et l'élevage.

Or dans tous ces cas, les antibiotiques ont eu pour conséquence non seulement de détruire les bactéries sensibles que l'on cherchait à tuer, mais du fait de leur élimination par le tube digestif, ils ont eu pour effet secondaire d'impacter l'écosystème intestinal dans lequel les bactéries résistantes ont pu proliférer. Le tube digestif héberge d'autant plus de bactéries résistantes qu'il a été exposé aux antibiotiques.

Comment lutter contre les BMR/BHRe ?

La lutte contre les BMR/BHRe repose sur deux piliers : la réduction de la prescription des antibiotiques et la prévention de leur diffusion.

La politique de bon usage des antibiotiques vise à la réduction de la consommation antibiotique

« En France, les prescriptions effectuées en ville représentent plus de 90 % des prescriptions d'antibiotiques en santé humaine. Des enquêtes révèlent que dans 40 % des cas à l'hôpital et dans 60 % des cas en ville, le traitement antibiotique est contraire aux recommandations des experts./.../ Si les habitudes de prescription semblent avoir évolué (se rappeler le slogan : « les antibiotiques c'est pas automatique » de la campagne réalisée par l'Assurance maladie), de nombreuses actions doivent encore être engagées ou poursuivies pour aboutir à cette « juste utilisation » que le plan national d'alerte sur les antibiotiques³ s'est fixé comme objectif prioritaire pour les années à venir⁴. »

La prévention de la diffusion des BMR/BHRe passe par l'application des règles d'hygiène

Les règles d'hygiène concerne toute la population en général, mais dans les lieux de soins les professionnels doivent viser l'excellence dans ce domaine : aussi bien les soignants, que tous ceux qui travaillent au contact des personnes prises en charge, sans oublier ceux qui assurent une fonction déterminante de ce point de vue dans l'établissement : restauration, lingerie et ménage.

Les professionnels de santé contribuent à la maîtrise de la diffusion des BMR/BHRe par l'application stricte des précautions standard (PS) lors de tous les soins. La Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) a publié des guides de bonnes pratiques⁵ pour maîtriser la transmission croisée des micro-organismes, selon les différents modes de transmission (par contact, par l'air, par les gouttelettes).

La lutte contre les BMR/BHRe nécessite également leur surveillance. En France, celle-ci est assurée par de l'Agence nationale de santé publique (ANSP) et ses relais en régions, en lien avec le réseau des CCLIN/ARLIN. L'ANSP coopère avec le centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) qui collecte les données relatives aux infections les plus graves.

Quelles actions dans les ESMS ?

1. La prévention de la diffusion des BMR/BHRe

L'objectif est d'éviter la transmission croisée des micro-organismes pathogènes c'est-à-dire leur transmission entre les personnes *via* les mains du personnel ou le matériel.

1.1. Mesures générales à appliquer lors de la prise en charge de tous les résidents/usagers

Appliquer les précautions standard (PS) pour tous les soins, à tous les résidents/usagers, quel que soit leur statut infectieux (c'est-à-dire qu'ils soient malades ou non, colonisés ou non).

Le soin étant entendu au sens large de « prendre soin » (aide aux gestes de la vie quotidienne, toilettes, changes...).

Les précautions standard représentent la base des mesures de prévention de la transmission croisée des micro-organismes. L'observance des PS est d'une importance capitale pour limiter le risque de transmission croisée entre patients, mais également pour minimiser le risque de trans-

³ Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016.

⁴ Bruno Grandbastien, membre du Haut Conseil de santé publique - revue *ADSP* n°87 juin 2014-P7-9.

⁵ SFHH. 1. Recommandations nationales pour la prévention de la transmission croisée : précautions standard et précautions complémentaires contact .Revue Hygiènes 2009 et 2. Recommandations nationales pour la prévention de la transmission croisée par voie respiratoire et gouttelettes. Revue *Hygiènes* 2013.

porter le micro-organisme présent sur la peau, les muqueuses ou dans le tube digestif en un autre site (colonisation multi-sites du patient). C'est ainsi le premier et parfois le seul rempart contre la diffusion épidémique de micro-organismes.

Mettre en place une organisation qui facilite l'hygiène des mains au plus près des soins en privilégiant l'emploi des solutions hydro alcooliques (SHA) selon les recommandations des experts.

Cette mesure concerne chaque catégorie de soignants en contact physique avec les résidents/usagers dans les unités de vie ou au niveau des plateaux techniques (ex-kinésithérapie).

Il est recommandé aux directeurs de formaliser et faire valider la procédure d'hygiène des mains dans l'établissement, de suivre la consommation des SHA des différentes unités et de surtout de veiller au maintien dans le temps des bons comportements. Il pourra être utile de faire à intervalle régulier un audit des pratiques professionnelles en la matière.

Les équipes de soins doivent également veiller à informer le résident/usager et ses proches à l'importance qu'il y a à réaliser un geste d'hygiène des mains lors des actes simples de la vie courante (avant le repas, après le passage aux toilettes, etc.)

Gérer les excréta selon les recommandations en vigueur

Le tube digestif représente le principal réservoir de bactéries commensales (la flore intestinale ou microbiote) potentiellement résistantes aux antibiotiques.

La manipulation des excréta (selles, urines...) expose le soignant, le résident/usager et l'environnement à une contamination microbienne.

Cette exposition est présente lorsque le personnel réalise un change, manipule des bassins de lit, urinals, seaux de chaise percée, vide un sac collecteur d'urine, manipule le linge ou les déchets souillés par les urines ou les selles.

Pour réaliser ces tâches, les soignants doivent disposer du matériel nécessaire : gants non stériles et tabliers à usage unique étanches pour protéger la tenue lors de tous les soins mouillants/souillants.

L'usage d'un procédé limitant en particulier les manipulations et la diffusion environnementale des bactéries, de type lave-bassin, est préconisé. (Attention aux mésusages du lave-bassins: on ne vide pas les bassins après usage avant désinfection, de même que, si on ne dispose pas de lave-bassins, on n'utilise pas les douchettes pour nettoyer les bassins à cause du risque de contamination par aérosolisation des bactéries fécales).

1.2. Mesures spécifiques

Selon les recommandations⁶ du Haut conseil de santé publique (HCSP), en EHPAD il n'y a pas lieu de faire de dépistage des résidents/usagers pour rechercher ce type de portage même si un résident/usager est porteur de BMR/BHRe.

Conduite à tenir pour les résidents/usagers identifiés comme porteurs de BMR/BHRe, qu'ils soient malades ou simplement colonisés :

- mettre en place une signalisation relative aux mesures complémentaires d'hygiène à observer, selon la procédure de l'établissement (ex : sur la porte de la chambre ou à l'intérieur de la chambre, sur le dossier du résident/usager, les bons de transports...);
- informer impérativement les établissements ou les professionnels de santé « receveurs » du statut de porteur de BMR/BHRe du résident/usager lors des transferts (pour hospitalisation, consultation, examens...). Le notifier systématiquement dans la lettre de liaison;
- informer sur les règles d'hygiène à adopter: le résident/usager, ses proches, l'équipe soignante, les intervenants extérieurs (ex-ambulanciers);
- réaliser un bio nettoyage quotidien de la chambre selon la procédure en vigueur dans l'établissement. Une prise en charge en chambre individuelle est recommandée.

2. La réduction de la prescription des antibiotiques

Dans les EMS, comme en ville, la prescription est de la seule compétence des médecins traitants, eux seuls sont habilités dans le cadre de la relation médecin-malade, à mettre un résident/usager sous antibiotique, à choisir la molécule, à fixer la dose et la durée du traitement et à réévaluer leur prescription.

⁶ Haut conseil de la santé publique. Prévention de la transmission croisée des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes. Rapport, juillet 2013. Disponible sur : www.hcsp.fr

Toutefois, il s'avère que d'autres personnes peuvent influencer la prescription :

- le résident/usager ou ses proches qui s'inquiètent et font pression sur le médecin pour une mise sous antibiotiques ;
- les soignants eux même en signalant au médecin des signes ou des symptômes ou en réalisant à leur initiative, des prélèvements cutanés ou urinaires qui vont mettre des germes en évidence (souvent de simples colonisations n'appelant pas de traitement).

De ce fait, le bon usage des antibiotiques requiert la compréhension de tout le monde sur ses enjeux : la maîtrise de l'antibiorésistance et la maîtrise de la diffusion des BMR/BHRe, qui sont comme les deux faces d'une même pièce.

La réduction de la prescription des antibiotiques répond à un double objectif, d'une part, traiter efficacement et d'autre part, prévenir les résistances en prescrivant moins d'antibiotiques.

Les mesures qu'il est possible de mettre en place dans les EMS sont les suivantes :

- sensibiliser le personnel mais aussi les résidents/usagers et leurs proches (ex *via* le Conseil de la vie sociale) au bon usage des antibiotiques ;
- interdire tout prélèvement sans prescription médicale ;
- déterminer, en lien avec les médecins traitants concernés, les modalités de la réévaluation systématique de la prescription antibiotique entre la 48^e et la 72^e heure ;
- mettre à disposition des prescripteurs des recommandations et guides de bonnes pratiques de traitement antibiotique ;
- améliorer le diagnostic par la mise à disposition de tests rapides d'orientation (ex TROD grippe).

Au total :

On veillera par une bonne information à éviter toute crainte inconsidérée des BMR/BHRe qui pourrait conduire soit à un refus injustifié d'une demande d'admission dans l'établissement, soit à la stigmatisation d'un résident/usager identifié porteur de BMR/BHRe. Un résident porteur de BMR ou de BHRe est un résident /usager que l'on peut prendre en charge sans complexité accrue ni limitation de ses activités. Il ne représente pas pour le personnel un risque de contamination supérieur à celui des autres bactéries pathogènes.

Dans tous les cas, il faut renforcer les précautions standard, optimiser la gestion des excréta et contribuer au juste usage des antibiotiques.