

JOURNÉE RÉGIONALE Nouvelle-Aquitaine



*L'évaluation en ESSMS:
se préparer, la vivre et en
exploiter les résultats*



**Jeudi 23 novembre 2023
à Angoulême**

Après-midi

L'Accompagné traceur : une méthode utilisable en interne ; quel outillage ?

Claire HANGOUËT

Chargée de mission

Laurence DAUDIGNON

Responsable Qualité



Camille PIETU

Responsable Qualité

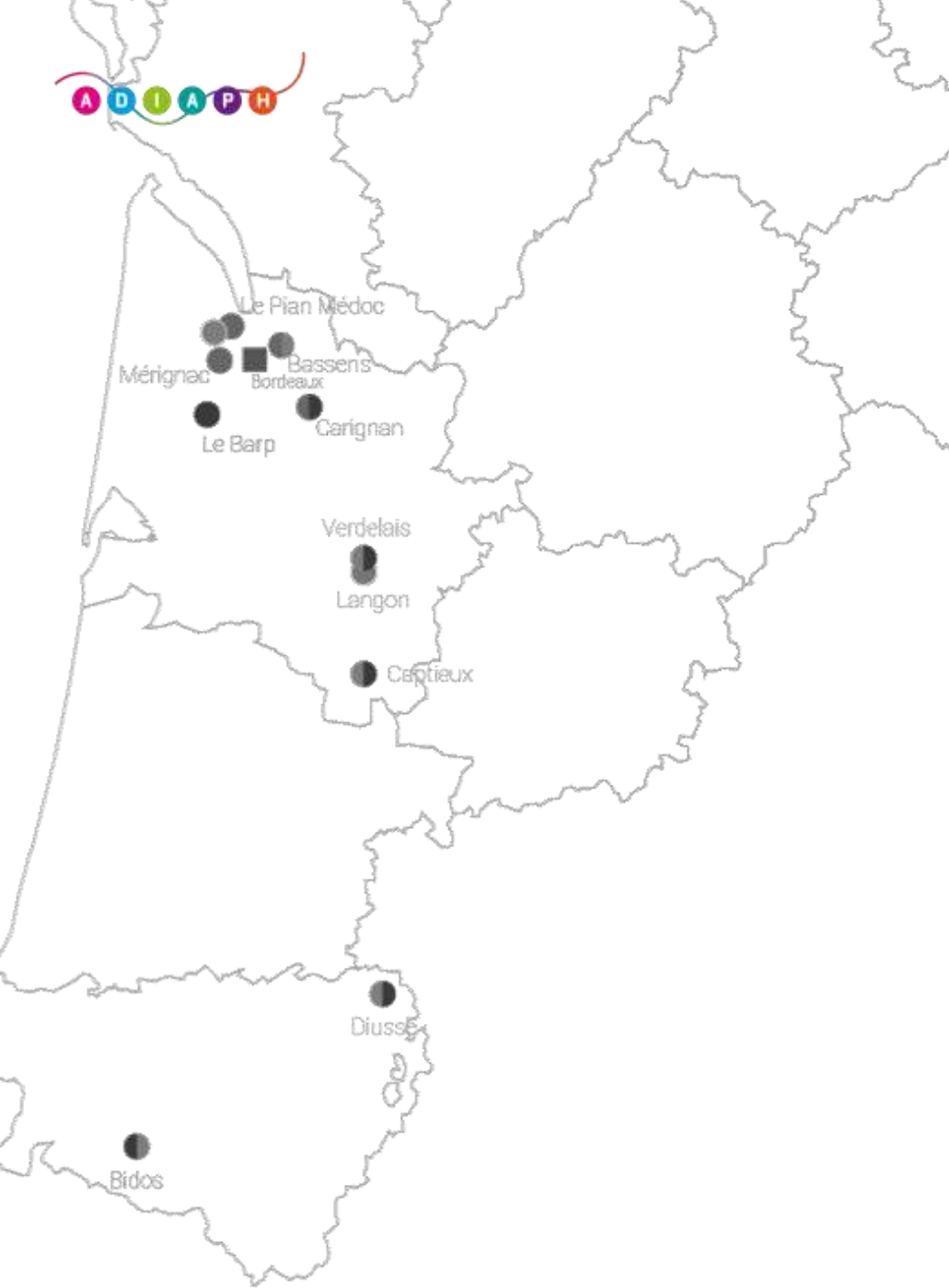




L'Accompagné traceur

Retours d'expérience

Présenté par Camille PIETU, Responsable qualité à la direction générale de l'ADIAPH



L'association ADIAPH

2024

Année de programmation des évaluations

26

Etablissements et services concernés

Autoévaluation Les accompagnés traceurs à l'ADIAPH

Formation – Action

En mars 2023, avec l'intervention du CCECQA, formation des cadres de direction sur le dispositif d'évaluation HAS et ses méthodes.



Création d'outils

En avril 2023, élaboration d'outils adaptés aux publics accueillis et conformes aux recommandations de la HAS.



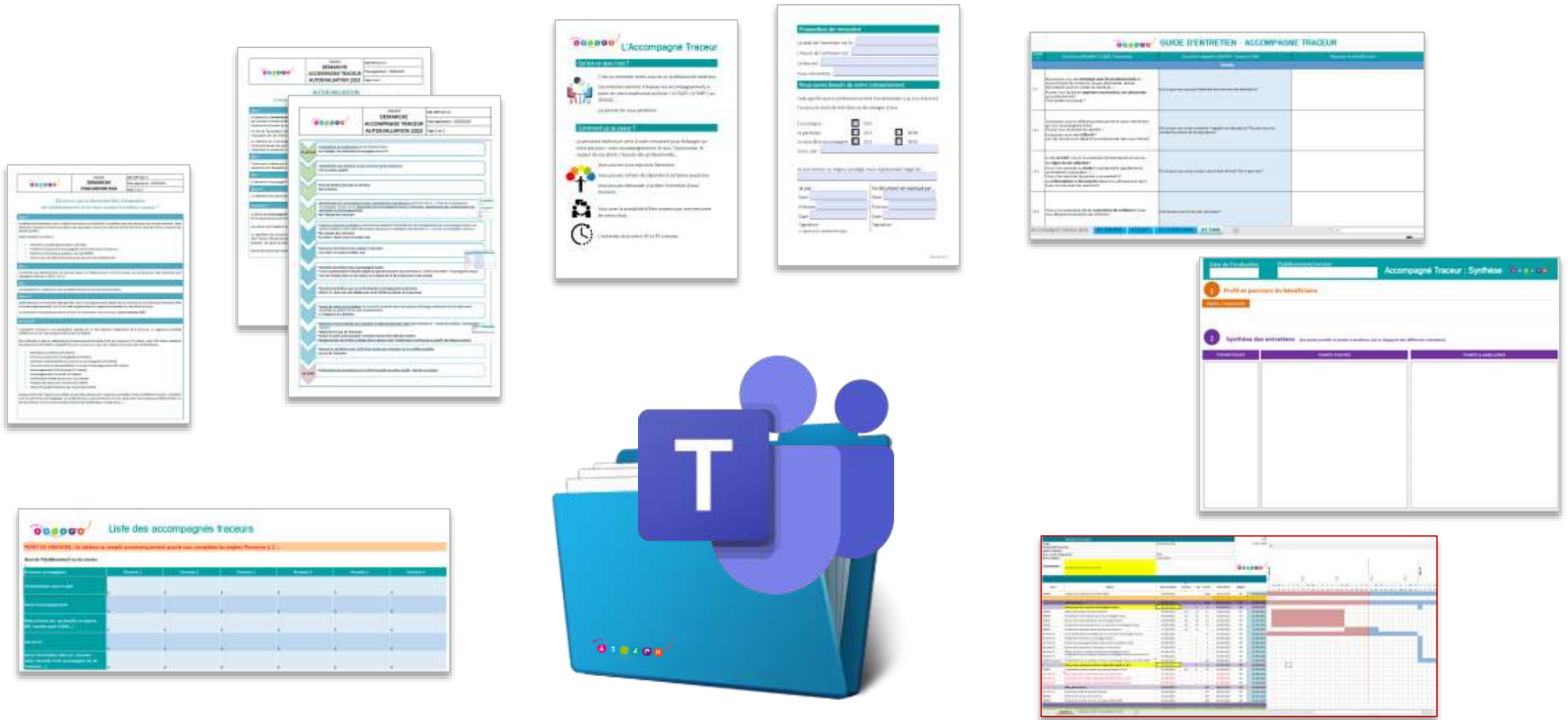
Méthode “croisée” des AT

De mai à juillet 2023, mise en pratique de la méthode AT de manière “croisée” et en binôme (cadre intermédiaire et membre de l'équipe qualité)

Retex & plan d'actions

En septembre 2023, retour d'expérience, bilan des accompagnés traceurs et mise en oeuvre du plan d'amélioration

Pack Outils - Accompagné traceur ADIAPH



Critère 1.1.1 - La personne accompagnée exprime sa perception de la bienveillance.



CRITÈRE	Question (Modèle GCSMS Charentes)	Question adaptée ADIAPH - Secteur ADULTE (Foyer/SAVS)	Réponse du bénéficiaire
Droits			
1.1.1	<p>Que pensez-vous des échanges avec les professionnels du service? (façon de s'exprimer, écoute, disponibilité, attitude bienveillante, prise en compte du handicap...)</p> <p>Pouvez-vous facilement exprimer vos besoins/ vos demandes aux professionnels?</p> <p>Vous sentez-vous écouté ?</p>	<p>Quand vous avez besoin de quelque chose (renseignements, aides, discussions...) les personnes qui vous accompagnent sont-elles disponibles ?</p> <p>Vous sentez-vous libre de vous exprimer ?</p> <p>Pouvez-vous facilement exprimer vos besoins/vos demandes ?</p> <p>Vous sentez-vous écouté ? La façon dont les professionnels s'adressent à vous, vous convient-elle ?</p>	
CRITÈRE	Question (Modèle GCSMS Charentes)	Question adaptée ADIAPH - Secteur ENFANT	Réponse du bénéficiaire
Droits			
1.1.1	<p>Que pensez-vous des échanges avec les professionnels du service? (façon de s'exprimer, écoute, disponibilité, attitude bienveillante, prise en compte du handicap...)</p> <p>Pouvez-vous facilement exprimer vos besoins/ vos demandes aux professionnels?</p> <p>Vous sentez-vous écouté ?</p>	<p>A l'IME / au SESSAD / à l'UEMA... Les adultes/éducateurs t'écoutent/vous écoutent ? Sont-ils gentils quand ils te/vous parlent? Est-ce que tu peux / vous pouvez leur dire ce que tu veux / vous voulez ?</p> <p>+ Pictos ou autres outils de communication pour certains enfants</p> <p>Pour SESSAD Pro, certains jeunes du SESSAD et IMPRO - question initiale</p>	
CRITÈRE	Question (Modèle GCSMS Charentes)	Question adaptée ADIAPH - Secteur ADULTE (FAM)	Réponse du bénéficiaire
Droits			
1.1.1	<p>Que pensez-vous des échanges avec les professionnels du service? (façon de s'exprimer, écoute, disponibilité, attitude bienveillante, prise en compte du handicap...)</p> <p>Pouvez-vous facilement exprimer vos besoins/ vos demandes aux professionnels?</p> <p>Vous sentez-vous écouté ?</p>	<p>Est-ce que vous pouvez facilement discuter avec les éducateurs ?</p> <p>Les éducateurs vous écoutent-ils ?</p> <p>+ Pictos ou autres outils de communication pour certaines personnes</p>	

Merci de votre écoute



www.adiaph.fr 

Le risque infectieux : comment l'aborder ? Quels outils?

Christophe GAUTIER

Praticien hospitalier en Hygiène

Rachel DUTRECH

Cadre de santé



Prévention des infections associées aux soins dans les ESSMS

**Evaluation de la qualité des établissements et services sociaux et
médico-sociaux**

R. Dutrech, C. Gautier - Cpias NA

*Journée régionale Nouvelle Aquitaine du CCECQA
Angoulême, 23 novembre 2023*

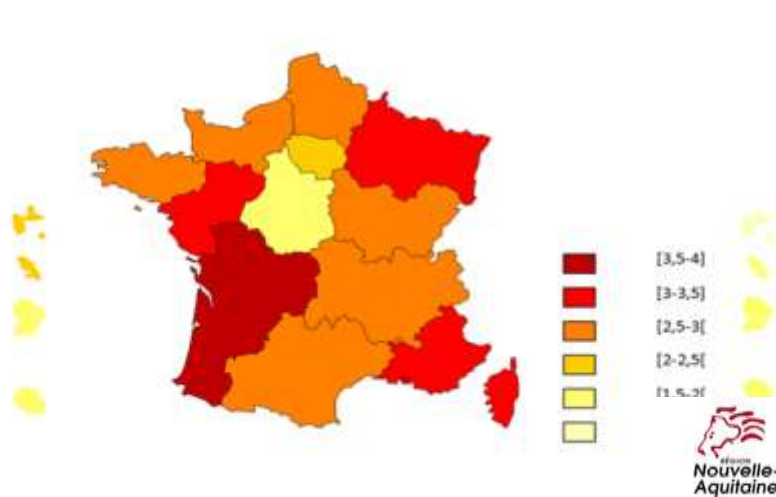
- Structure d'appui régionale d'aide à la prévention et à la gestion du risque infectieux dans tous les secteurs de soins
 - Surveillance, déclaration des IAS, investigation et aide à la gestion des IAS
 - Animation de réseaux professionnels, formation
 - Communication
 - **Appui et expertise à la prévention du RI et à la résistance aux anti-infectieux**



Prévalence des IAS en ESMS

- Données exclusivement en EHPAD
 - Enquête de prévalence Prev'Ehpad 2016
 - Réalisée sur un échantillon représentatif d'Ehpad

Prévalence des résidents infectés par région



Prévalence des résidents infectés : 4,0 %

Prévalence des résidents sous antibiotiques par région



Prévalence des résidents avec traitement antibiotique : 3,5 %



Prévalence des IAS en ESMS

– Enquête de prévalence Prev'Ehpad 2016

- Spécificités de la Nouvelle Aquitaine

	National	Nlle Aquitaine
Présence d'une IDEC	89,7 % [86,0-93,4]	96,1%
Présence d'un méd.coordonnateur	90,3 % [86,2-94,5]	86,3%
Accès à une expertise hygiène	64,6 % [59,0-70,2]	31,3%
Existence ≥ 1 corresp. hygiène	59,4 % [52,9-65,9]	35,2%
Accès à un réfèrent ATBthérapie	45,3 % [38,6-52,1]	31,4%



- Conclusions

- « prévalence **faible** en comparaison des précédentes enquêtes françaises ou étrangères »
- « ne pas sous-estimer le **risque épidémique additionnel** en secteur médico-social »...

➔ Nouvelle enquête Prev'Ehpad à venir en mai-juin 2024

Evaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

Référentiel d'évaluation **HAS** 2022:

- 42 objectifs répartis en 3 chapitres: la personne, les professionnels, l'ESSMS



↳ **Objectif 3.7 sur le risque infectieux**

3.7 - L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

3.7.1 - L'ESSMS définit sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux et s'assure de sa mise en œuvre.

3.7.2 - Les professionnels mettent en œuvre les actions de prévention et de gestion du risque infectieux.

3.7.3 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux.

+ **Objectifs en lien avec le risque infectieux**

3.10 - L'ESSMS définit et déploie sa démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques.

3.10.1 - L'ESSMS définit sa politique qualité et gestion des risques.

3.10.2 - L'ESSMS met en œuvre sa démarche qualité et gestion des risques.

3.13 - L'ESSMS assure le recueil et le traitement des événements indésirables.

3.13.1 - L'ESSMS organise le recueil et le traitement des événements indésirables.

3.13.2 - L'ESSMS communique sur le traitement des événements indésirables auprès des parties prenantes.

3.13.3 - Les professionnels déclarent et analysent en équipe les événements indésirables et mettent en place des actions correctives.

3.13.4 - Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la gestion des événements indésirables.

Evaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux



Évaluation de la qualité des ESSMS : guide d'appui pour l'objectif 3.7 sur le risque infectieux

Ce guide liste des outils vous permettant de répondre aux critères concernant le risque infectieux présents dans le manuel d'évaluation de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux de la HAS de février 2022 :
OBJECTIF 3.7 – L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

Critère 3.7.1 : L'ESSMS définit sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux et s'assure de sa mise en œuvre – Critère standard – Tous les ESSMS

Éléments d'évaluation du référentiel HAS	Outils proposés
<p>Entretien avec l'ESSMS</p> <ul style="list-style-type: none"> L'ESSMS définit sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux. L'ESSMS communique sur les règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux. L'ESSMS évalue régulièrement le respect des règles d'hygiène et de prévention du risque infectieux. L'ESSMS actualise sa stratégie autant que nécessaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Inclure dans le projet d'établissement : <ul style="list-style-type: none"> Une convention avec un organisme ayant une expertise en hygiène, L'identification au moins d'un référent en hygiène avec une fiche de missions (missions, temps dédié, formations à suivre/suivies (dans l'idéal au moins un personnel soignant)), La mise à jour du Document d'Analyse de Risque Infectieux (DARI)/ Démarche d'Analyse et Maîtrise du Risque Infectieux (DAMRI) 1 fois par an avec le suivi d'un plan d'action, Un plan de formation des professionnels comprenant la prévention et la gestion du risque infectieux, La mise à jour des protocoles de soins en incluant les bonnes pratiques d'hygiène, Le suivi des indicateurs (consommation de produits hydro-alcoolique, % de vaccination des résidents et professionnels, carnet sanitaire), Une communication auprès des résidents, personnes accompagnées et leurs familles sur le risque infectieux en lien avec le conseil de vie sociale.
<p>Consultation documentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout document décrivant la stratégie de l'ESSMS en matière de prévention et de maîtrise du risque infectieux. Exemples : projet d'établissement/de service, description de l'organisation, des rôles et responsabilités. Tout élément de communication sur les règles d'hygiène et de prévention (procédures/protocoles, conduites à tenir, plaquettes, affichage) dans chaque domaine concerné (hygiène des locaux, hygiène des mains, décontamination, linge, DASRI...) Système d'évaluation des pratiques, résultats et actions d'amélioration. Dates des dernières révisions de la politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux. 	<ul style="list-style-type: none"> Tracer la stratégie : <ul style="list-style-type: none"> Noter dans le projet d'établissement les éléments précédents, Créer une fiche type de mission du référent en hygiène (modèle). Communiquer et diffuser les règles d'hygiène : <ul style="list-style-type: none"> Trames de protocoles préfabriqués (modèles), Outils de communication (affiches/plaquettes) pour chacun des domaines concernés (voir RSPAS). Avoir un système d'amélioration continue : <ul style="list-style-type: none"> Compléter le DARI ou DAMRI (appui possible du réseau territorial en hygiène) et l'associer à un plan d'actions qui doit être suivi, Suivre des indicateurs (Consommation de produit hydro-alcoolique, vaccination...) Actualiser la stratégie : <ul style="list-style-type: none"> Mettre à jour annuellement le DARI /DAMRI (appui possible du Réseau territorial en hygiène(RTH) (lien) des RTH des Pays de la Loire)).



Critère 3.7.2 : Les professionnels mettent en œuvre les actions de prévention et de gestion du risque infectieux – Critère standard – Tous les ESSMS

Éléments d'évaluation du référentiel	Outils proposés
<p>Entretien avec les professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les professionnels savent identifier les situations nécessitant une gestion spécifique du risque infectieux. Les professionnels mobilisent les moyens nécessaires mis à leur disposition. 	<ul style="list-style-type: none"> Savoir identifier les PC, les épidémies : <ul style="list-style-type: none"> Formation/sensibilisation (cf. ci-dessous critère 3.7.3). Savoir quoi faire quand la situation est identifiée : <ul style="list-style-type: none"> EPIQI-PAD : check list de gestion des épidémies en ESSMS, Kit pour la mise en œuvre des précautions standard et complémentaires.
<p>Consultation documentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout élément mis à disposition des professionnels pour déclarer, analyser le risque infectieux. Exemples : plan bleu, DARI, fiche de signalement, d'alerte. 	<ul style="list-style-type: none"> Savoir alerter et qui contacter : <ul style="list-style-type: none"> Fiche de synthèse du signalement, Fiche de contact CPIAS / RTH.
<p>Observation</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout observation permettant de confirmer le respect des règles d'hygiène, de prévention et de gestion du risque infectieux, quelle que soit l'activité concernée. Exemples : hygiène des mains, locaux, DASRI, linge, alimentation. 	<ul style="list-style-type: none"> Respecter les circuits propres et sales (alimentaire, linge, déchets) : <ul style="list-style-type: none"> Audit, Évaluation des pratiques professionnelles. Mettre à disposition du matériel : <ul style="list-style-type: none"> Distributeur SHA, conteneur DASRI et produits permettant le respect des bonnes pratiques. Évaluer des pratiques et moyens : <ul style="list-style-type: none"> Audit des circuits, des pratiques, Hygiène des mains : auto évaluation PREMM, PUQ friction, Gestion des excréta : boite à outils PréPas PréJesal, Prévention des infections respiratoires aiguës : CHECKIRA, Intervention des réseaux territoriaux en hygiène.

CRITÈRE 3.7.3 : Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux – Critère standard – Tous les ESSMS

Éléments d'évaluation du référentiel	Outils proposés
<p>Entretien avec les professionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux. 	<ul style="list-style-type: none"> Former les professionnels : <ul style="list-style-type: none"> Formation par des organismes experts (RTH, CPIAS, autres...), Formation en e-learning (i-control), Sensibilisation sur le risque infectieux par le médecin coordinateur, l'IDEC, les référents en hygiène ou l'organisme expert en hygiène, Participation à des journées sur le risque infectieux.
<p>Consultation documentaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Tout support permettant d'apporter la preuve de la réalisation des sensibilisations/formations des professionnels à la prévention et à la maîtrise du risque infectieux. Exemples : plan de formation, actions de sensibilisation, feuilles d'émergence, ressources pédagogiques, modalités d'accès ou supports spécifiques. 	<ul style="list-style-type: none"> Garder la preuve des formations : <ul style="list-style-type: none"> Documents de planification des actions et des formations, Faire des feuilles d'émergence lors des formations sur site, récupérer les attestations de présence, Créer un document qui regroupe les informations sur les formations possibles, liens vers les e-learning, ... Planifier des formations des RTH, de CPIAS ou de l'organisme expert. Avoir un dossier accessible qui regroupe notamment les supports de formations et les ressources pédagogiques.

L'outil d'évaluation de la maîtrise du risque infectieux : le DAMRI

Document d'analyse de maîtrise du risque infectieux en établissement médico-social : le DAMRI



- DAMRI est un outil mis gracieusement à votre disposition,
- Construit par un groupe de travail inter CPIas, il est développé par le **CPIas Bourgogne Franche Comté**
- A consulter sur le site du CPIas BFC: <https://damri.chu-besancon.fr/>

Groupe de travail

- Pilotage et conception de l'outil informatique par l'équipe du **CPias Bourgogne Franche-Comté**
- Création d'un groupe pluri professionnel avec la volonté d'actualiser les précédents manuels et de « moderniser » l'outil de saisie



Risque infectieux en ESMS - 16 mai 2023 - CCECQA-CPIAS NA

- **Pilotes CPias BFC**
 - **Fatima Rachidi Berjamy**
 - **Graziella Guerre jusqu'en 2020 puis Isabelle Rousseaux**
- **Conception de l'outil informatique :**
Marlène Fevre, BFC
- **Membres du groupe :**
 - Rita Alawwa, Hauts de France
 - Hélène Benoit, BFC
 - Claude Bernet, ARA
 - Sylvie Chassy, ARA
 - Sylvie Davidian, BFC
 - Valentin Daucourt, ReQua BFC
 - Patrick Duchein, Occitanie
 - Rachel Dutrech, Nouvelle Aquitaine
 - Karine Guerre, Grand-Est
 - Mireille Roche, ARA
 - Michel Tiv, BFC
 - Nathalie Weil, ARA

Les ambitions du DAMRI

- ❑ Intégrer le RI à la culture de l'évaluation des pratiques au sein des EMS.
- ❑ Créer un outil dématérialisé, évolutif et utilisable par tous les établissements du secteur « personnes âgées » ou du secteur « personnes en situation de handicap ».
- ❑ Compléter cette démarche collective continue d'amélioration de la qualité par l'ajout d'une **cartographie des risques infectieux** dans l'établissement (souvent peu ou pas réalisée dans le cadre de la démarche DARI).
- ❑ Porter le projet pour chaque EMS par un groupe pluri-professionnel *ad hoc* permettant :
 - Élaboration d'un plan d'actions à court/moyen et long terme.
 - Élaboration d'un plan de communication.



Un module optionnel « **audit système** », pour les EMS les plus avancés et/ou qui le souhaitent.



Analyse collective, pluri professionnelle et transversale du parcours du résident.

Pour s'engager dans la démarche :

- Tout se passe en ligne, sur le site du CPIas Bourgogne Franche Comté
- Inscription par le directeur qui distribue les rôles en « validation », « écriture » ou encore en « lecture »



DAMRI est un outil d'auto-évaluation du risque infectieux en établissement social et médico-social (ESMS). La démarche d'évaluation s'inscrit dans la continuité de la démarche d'analyse du risque infectieux (DARI) mise en place depuis 2012 (Circulaire interministérielle du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013). Son objectif est de permettre à tout ESMS de cartographier son risque infectieux, de mesurer son niveau de maîtrise et de mettre en place un plan d'actions d'amélioration hiérarchisées. Il est, de plus, un outil support de communication.

DAMRI est un outil mis gracieusement à votre disposition.
Construit par un groupe de travail inter CPIas, il est développé par le CPIas BFC.
L'accompagnement de la démarche par un professionnel spécialisé en prévention et contrôle de l'infection est recommandé.

Pour saisir et enregistrer les données de votre évaluation, vous devez être connecté.

CONNEXION

Vous possédez déjà un compte, vous pouvez vous connecter grâce au formulaire ci-dessous avec vos identifiants personnels.

Identifiant (email) :
Mot de passe :

Valider

[Mot de passe oublié ?](#)

INSCRIPTION

Renseignez le formulaire ci-dessous pour inscrire votre établissement.

L'inscription doit être réalisée par LE DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT qui renseigne son mail et son mot de passe, il recevra alors un mail de validation pour se connecter et ouvrir les droits aux utilisateurs qu'il souhaite. En cas de vacance de poste de direction, la personne ayant autorité sur la structure peut inscrire l'établissement.

Type de structure :
Nom de l'établissement :
Statut de l'établissement :
Code Finess Juridique ¹ :
Code Finess Géographique ¹ :
Adresse :
Code postal ¹ :
Ville :
Numéro de téléphone :
Adresse mail de l'établissement ¹ :

- EHPAD
- EHPA
- MAS
- EAMPAM
- BEAF
- IDM
- Secteur handicap et/ou soins en accueil de jour
- Secteur handicap et/ou soins avec hébergement
- Secteur handicap et/ou soins à domicile

Les 8 chapitres du DAMRI



Présenté sous forme de chapitres :

1. **Organisation et moyens de la PMRI.**
2. Prise en charge/soins des résidents.
3. Environnement.
4. Restauration.
5. Linge.
6. Entretien des locaux.
7. Animation/vie sociale.
8. Gestion d'évènements infectieux à potentiel épidémique.

Adaptable en termes de temporalité (outil à la carte) :

- **Module socle** (chapitre 1 : organisation / moyens PMRI) : à **renseigner en début de démarche.**
- Cartographie (chapitres 2 à 8 : indépendants les uns des autres, évalués en fonction des besoins de l'EMS)

Pour le chapitre 1: Organisations et moyens de la PMRI en EMS

8 thématiques, 84 critères :

- Thématique 1** : Ressources humaines et organisations en prévention du risque infectieux **(12 critères)**
- Thématique 2** : Les incontournables de la PMRI **(31 critères)**
- Thématique 3** : Moyens matériels mis à disposition **(5 critères)**
- Thématique 4** : Surveillance/signalement **(4 critères)**
- Thématique 5** : Formation **(23 critères)**
- Thématique 6** : Indicateurs **(5 critères)**
- Thématique 7** : RI et vaccination **(3 critères)**
- Thématique 8** : Prévention de l'antibiorésistance **(1 critère)**

Renseigner le chapitre 1

ORGANISATION PMRI

Ressources humaines et organisation pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux

Incontournables de la politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux

Moyens et matériels mis à disposition

Surveillance / Signalement

Fournitures

Indicateurs

Risque infectieux et vaccination

Prévention de l'antibiorésistance

SOINS

ENVIRONNEMENT

RESTAURATION

LINGE

ENTRETIEN DES LOCAUX

ANIMATION - VIE SOCIALE

GESTION ÉPIDÉMIE

ORGANISATION PMRI : Incontournables de la politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux

Le chapitre « ORGANISATION PMRI » est inaugural de l'entrée dans le démarche DARRI. Il permet de documenter les éléments fondamentaux (organisation, moyens humains & matériels) mis en place dans l'établissement pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux. Les 8 thématiques qui le composent doivent être renseignées avant de passer aux chapitres suivants.

PRÉCAUTIONS STANDARD (PS)

La gestion des tenues professionnelles (mise à disposition et entretien) est assurée par l'établissement

OUI NON

Les procédures de soins intègrent les précautions standard

OUI NON

HYGIÈNE DES MAINS

Le règlement intérieur ou document équivalent définit les prérequis à l'hygiène des mains : ongles courts, sans vernis, absence de bijoux sur les mains et avant bras, manches courtes

OUI NON

L'établissement met à disposition un produit hydro-alcoolique (PHA) et affiche la technique d'utilisation

OUI NON

Les points d'eau pour le lavage des mains sont équipés de savon doux liquide, essuie-mains à usage unique (EUI), poubelle à commande non manuelle ou sans couvercle & la technique est affichée

OUI NON

La procédure d'hygiène des mains est rédigée, validée et diffusée

OUI NON

EQUIPEMENTS DE PROTECTION INDIVIDUELLE (EPI) MIS À DISPOSITION ET UTILISATION APPROPRIÉE

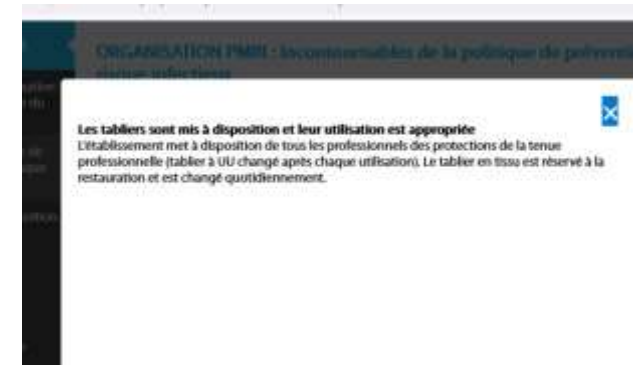
Les tabliers sont mis à disposition et leur utilisation est appropriée

OUI NON

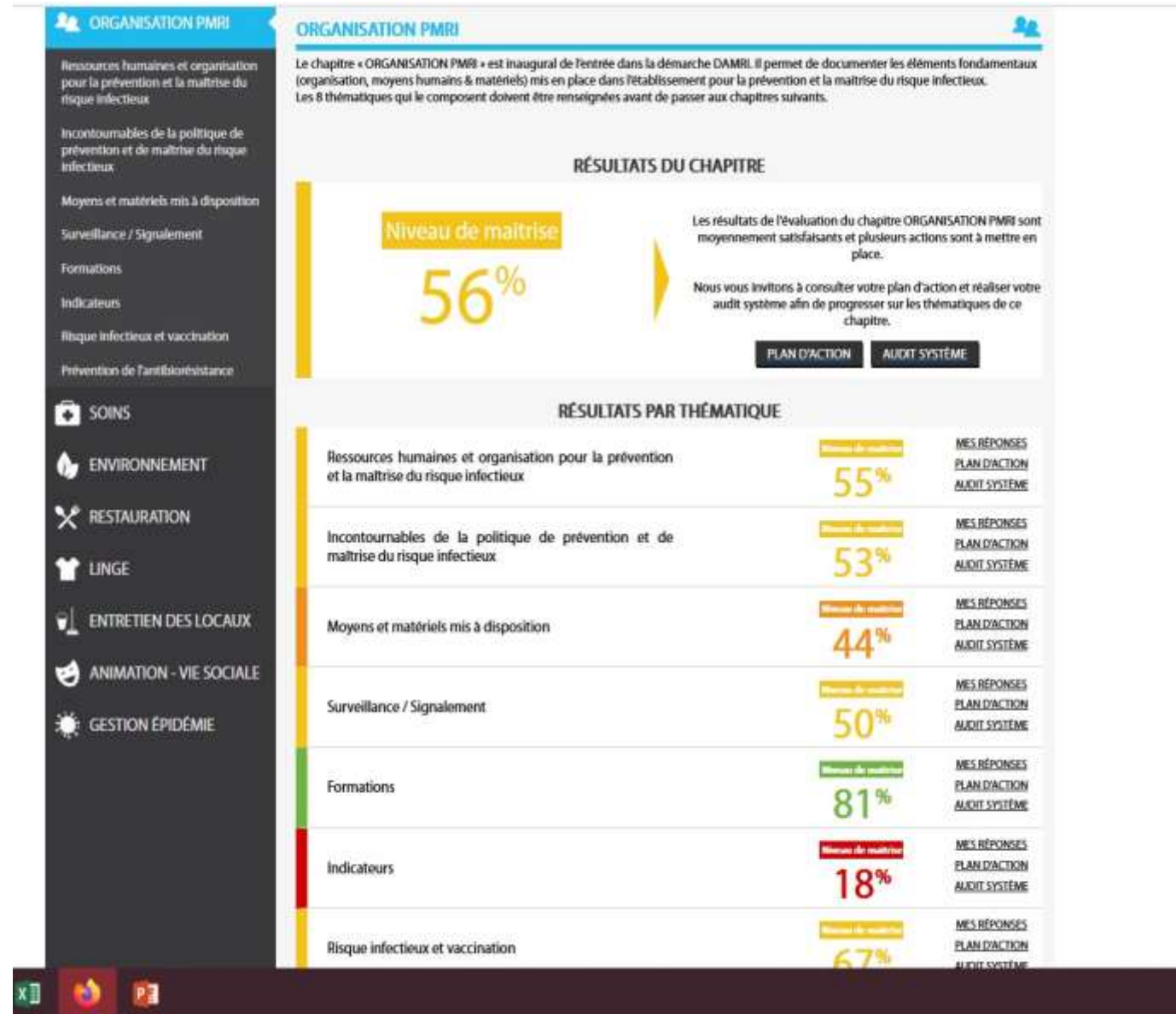
Les surblouses sont mises à disposition et leur utilisation est appropriée

OUI NON

- Cliquer sur le ? pour obtenir des précisions / attendus




Exemple rendu des résultats Chapitre 1



Affichage du plan d'action automatisé

Un plan d'action d'amélioration est proposé pour chaque critère non satisfait de l'évaluation. L'outil propose une hiérarchisation des actions à mettre en place selon l'attendu (réglementaire ou recommandé). Elles sont également classées par domaine d'application : il peut s'agir de procédures, d'organisation ou de technique/matériels. Une fois l'action réalisée, l'établissement peut valider sa réalisation en cliquant sur « ACTION RÉALISÉE », ainsi l'action est retirée de la liste et la modification de cotation est automatiquement mise à jour pour le critère concerné.

[Export PDF](#) [Export XLS](#)

 ORGANISATION PMRI [Retour aux résultats](#)

Ressources humaines et organisation pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux [Retour à l'évaluation](#)

Vos résultats sont moyennement satisfaisants. Optimisez vos résultats en travaillant les points suivants.

ORGANISATION	<small>RECOMMANDÉ</small> Identifier une personne référente (idéalement un binôme IDE et/ou AS et/ou AMP et/ou professionnel du secteur éducatif) pour la prise en charge de la PMRI.	ACTION RÉALISÉE
	<small>RECOMMANDÉ</small> Identifier un professionnel formé en PMRI (DU/HH, master) afin de bénéficier de son expertise.	ACTION RÉALISÉE
	<small>RECOMMANDÉ</small> Veiller à la cohérence entre le plan d'action pour la PMRI et le volet risque infectieux du plan bleu.	ACTION RÉALISÉE
	<small>RECOMMANDÉ</small> Veiller à intégrer tous les intervenants (internes et externes) de l'établissement aux séances de sensibilisation pour la PMRI. Pour les personnes extérieures, cela cible les professionnels, les bénévoles et les familles.	ACTION RÉALISÉE
PROCÉDURE	<small>REGLEMENTAIRE</small> Finaliser ou réaliser votre auto-évaluation dans le cadre du DARI/DAMRI.	ACTION RÉALISÉE
	<small>RECOMMANDÉ</small> Veiller à ce que le volet PMRI soit pris en compte par chaque prestataire qui intervient dans l'établissement, dans la convention et à chacune de ses interventions dans l'établissement.	ACTION RÉALISÉE

Incontournables de la politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux [Retour à l'évaluation](#)

Vos résultats sont moyennement satisfaisants. Optimisez vos résultats en travaillant les points suivants.

ORGANISATION	<small>REGLEMENTAIRE</small> Spécifier dans la conduite à tenir en cas d'AES, les coordonnées d'un médecin référent pour l'évaluation du risque et la prise en charge de la victime d'AES.	ACTION RÉALISÉE
	<small>REGLEMENTAIRE</small> Veiller à ce que la conduite à tenir en cas d'AES soit largement affichée dans tous les secteurs, unités ou pavillons de l'établissement.	ACTION RÉALISÉE
	<small>REGLEMENTAIRE</small> Veiller à ce que la conduite à tenir en cas d'AES soit diffusée à tous les professionnels qui interviennent dans l'établissement.	ACTION RÉALISÉE
	<small>RECOMMANDÉ</small> S'appuyer, pour le volet entretien des locaux, sur l'expertise d'un professionnel spécialiste en PMRI (EOH, EMH, CPIas si besoin).	ACTION RÉALISÉE
	<small>RECOMMANDÉ</small> S'inscrire dans une démarche d'utilisation raisonnée et éco-responsable des produits détergents et désinfectants utilisés.	ACTION RÉALISÉE

Cartographie des risques du Chapitre 2 au chapitre 8

Ainsi au terme de l'auto-évaluation l'établissement dispose de deux résultats :

1. La criticité* = F x G x NM

Une couleur sera attribuée à chaque thématique et chapitre selon la criticité obtenue :

Le niveau de criticité : rouge, orange ou vert :

*Ces calculs de criticité intègrent à la fréquence et à la gravité le niveau de maîtrise des risques (NM).



Niveau d'acceptabilité du risque

2. Le niveau de maîtrise :

Une couleur sera attribuée à chaque thématique et chapitre selon la criticité obtenue :


Le niveau de maîtrise : rouge, orange, jaune ou vert :




Niveau de maîtrise du risque


La criticité est un terme de la gestion des risques. C'est « une échelle de mesure de l'impact d'une défaillance, et donc du niveau d'acceptabilité d'un risque ». C'est la résultante de la probabilité d'occurrence d'un accident (F) par la gravité des conséquences (G) (méthode AMDEC). Ces calculs de criticité intègrent à la fréquence et à la gravité le niveau de maîtrise des risques (NM).


Exemple Chapitre 2: Risque infectieux et l'Infection urinaire


 ORGANISATION PMRI


 SOINS


- Infection urinaire
- Infections cutanées et muqueuses liées aux soins
- Abords veineux/sous-cutanés
- Injections (IM/SC/IDR), prélèvements sanguins, glycémie capillaire, insulinothérapie
- Soins respiratoires
- Soins digestifs
- Traitement des DM réutilisables
- Vaccination des résidents / professionnels


 ENVIRONNEMENT

 RESTAURATION

 LINGE

 ENTRETIEN DES LOCAUX

 ANIMATION - VIE SOCIALE

 GESTION ÉPIDÉMIE

SOINS : Infection urinaire

L'établissement réalise la cotation relative à la fréquence, la gravité et les éléments de maîtrise afin de déterminer la criticité du risque infectieux et mettre en place les actions d'amélioration.

L'établissement est-il concerné par cette thématique ?

OUI NON

EVALUATION DE LA FREQUENCE ET GRAVITE

FRÉQUENCE	<input checked="" type="radio"/> Impossible à improbable	<input type="radio"/> Très peu probable
<input type="radio"/> Peu probable	<input type="radio"/> Très probable à certain	<input type="radio"/> Probable
GRAVITÉ	<input type="radio"/> Conséquences mineures	<input type="radio"/> Conséquences à préjudice temporaire
<input checked="" type="radio"/> Conséquences avec impact	<input type="radio"/> Conséquences graves	<input type="radio"/> Conséquences très graves

EVALUATION DU NIVEAU DE MAITRISE

Se coter selon la complétude du programme mis en place. Les éléments de maîtrise mis en place dans l'établissement peuvent relever de procédures, de pratiques professionnelles, de formations, d'organisation, de logistique, de matériel/dispositif médical ou de toute autre action menée dans le cadre de la PMRI.

Absent : Absence de programme de maîtrise opérationnel mis en place
Incomplet : Présence incomplète/ partielle d'un programme de maîtrise
A actualiser/évaluer : Présence d'un programme de maîtrise complet mais à actualiser/évaluer, selon un rythme défini par l'établissement
Complet : Présence d'un programme de maîtrise complet, actualisé et évalué
NC : Non concerné

INFECTION SANS DISPOSITIF DE DRAINAGE URINAIRE INVASIF

L'établissement dispose d'une procédure de prévention des infections urinaires

Absent Incomplet
 A actualiser/évaluer Complet

Les soignants veillent à la vidange vésicale régulière des résidents

Le calcul de la criticité

- Fréquence/vraisemblance/probabilité**
 Cette variable peut être évaluée selon différentes données dont dispose l'ESMS :
 - L'établissement dispose de **données de surveillance** et pourra s'appuyer sur celles-ci pour se coter (cf. colonne : **données quantitatives**)
 - L'établissement ne dispose pas de données chiffrées mais **s'appuie sur l'expérience ou la connaissance ou la prise en charge du risque** dans son établissement (ou dans d'autres ESMS) pour se coter (cf. colonne : **données qualitatives**)
 - L'établissement **n'a jamais été confronté au risque. Il évalue la possibilité ou la probabilité qu'un tel risque survienne** dans sa structure, en fonction d'éléments concrets de son organisation, de sa population, du type de prise en charge ou en soins... (cf. colonne : **données de vraisemblance**)

d'éléments concrets de son organisation, de sa population, du type de prise en charge ou en soins... (cf. colonne : données de vraisemblance)

VRAISEMBLANCE	DONNÉES QUANTITATIVES	DONNÉES QUALITATIVES
Impossible à improbable	<1 fois en 5 ans	Jamais vu
Très peu probable	1 fois par an	Vu 1 fois dans ma carrière
Peu probable	1 fois par mois	Vu dans d'autres établissements
Probable	1 fois par semaine	Survient dans l'établissement
Très probable à certain	1 fois par jour	Vécu dans mon secteur d'activité

EVALUATION DE LA FREQUENCE ET GRAVITE

- Gravité**
 Cette variable évalue le niveau de conséquences du risque en cas de survenue de celui-ci.

GRAVITE	PRÉJUDICE
Conséquences mineures	Sans préjudice
Conséquences à préjudice temporaire	Préjudice temporaire : retard, désorganisation...
Conséquences avec impact	Préjudice impactant : perte de fonction transitoire, examens imprévus...
Conséquences graves	Préjudice grave : transfert et intervention chirurgicale, retentissement sur la vie quotidienne, incapacité partielle permanente
Conséquences très graves	Préjudice très grave : invalidité permanente, décès

Conséquences très graves

Les résultats

Établissement évalué : Établissement test - BESANCON

ORGANISATION PMRI

SOINS

Le chapitre « soins » cible les risques infectieux associés aux soins (RIAS) pour les infections les plus fréquemment rencontrées dans le secteur médico-social. Il évalue le niveau de criticité et de maîtrise mis en place par l'établissement et lui permet ainsi de cartographier chacun des RIAS identifiés grâce aux résultats de niveau de criticité et de maîtrise rendus.

RÉSULTATS DU CHAPITRE

RÉSULTATS INCOMPLETS

L'évaluation du chapitre SOINS est incomplète

Nous vous invitons à reprendre votre auto-évaluation d'obtenir le résultat pour ce chapitre.

En cours

REPRENDRE L'ÉVALUATION

RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

Thématique	Niveau	Proportion de résultats	MESURE
Infection urinaire	En cours	44%	ELANI AUDIT
Infections cutanées et muqueuses liées aux soins	En cours	RÉSULTATS INCOMPLETS	SEF L'ESN
Abortus veineux/sous-cutanés	En cours	RÉSULTATS INCOMPLETS	SEF L'ESN
Injections (IM/SC/IDRI), prélèvements sanguins, glycémie capillaire, insulinothérapie	En cours	RÉSULTATS INCOMPLETS	SEF L'ESN

SOINS

Infection urinaire

Vos résultats sont insuffisants. Optimiser vos résultats en travaillant les points suivants.

Catégorie	Observance	Commentaire	Niveau
ORGANISATION	COMPLÈTE	Les professionnels veillent à la vidange vésicale des résidents, en les sollicitant pour ceux autonomes ou en les accompagnant aux toilettes pour ceux non autonomes. Cette action doit être organisée et réalisée par tout professionnel en charge des résidents, à tout moment du rythme, et tous les jours. Cette organisation, idéalement formalisée, est connue de tous les acteurs concernés.	COMPLÈTE
	COMPLÈTE	Pour les résidents présentant une incontinence fécale, les professionnels procèdent au change rapide de la protection soignée de manière fécale. Cette pratique limite la contamination du méat urinaire par les micro-organismes de la flore intestinale. Cela passe par une organisation personnalisée pour chaque profil de résident ou selon contexte particulier (ex : diarrhées lors de situations épidémiologiques...). Cette organisation est connue de tous et est effective.	COMPLÈTE
PROCÉDURE	À AMÉLIORER	La procédure de sondage urinaire précise les modalités de gestion : - Les modalités et/ou conditions de changement de la sonde ; - La surveillance du dispositif, avec en particulier : o La perméabilité, la position définitive, la fixation de la sonde, le positionnement du sac et son niveau de remplissage o Le rythme de cette surveillance o La traçabilité de cette surveillance.	À AMÉLIORER
	COMPLÈTE	La procédure définit les modalités de réévaluation quotidienne du maintien de la sonde à demeure. Si le sondage urinaire à demeure est définitif, le rythme quotidien d'évaluation du maintien de la sonde est adapté. La traçabilité de cette réévaluation est effective.	COMPLÈTE
TECHNIQUE	À AMÉLIORER	L'établissement met en place des actions de formation, d'audit et d'évaluation des pratiques professionnelles pour la prévention des infections urinaires sur sondes. Ces actions permettent de faire le point sur les pratiques et de proposer des actions d'amélioration afin d'actualiser les connaissances, former aux bonnes pratiques et l'utilisation des dispositifs de sondage.	À AMÉLIORER
	COMPLÈTE	L'établissement formalise l'ensemble des actions qui contribuent à la prévention des infections urinaires (organisation et moyens). Les critères prioritaires sont : l'hydratation des résidents, la vidange vésicale, la gestion des protections, la toilette intime. Valider et diffuser la procédure. Ces critères sont adaptés au profil de chaque résident.	COMPLÈTE
TECHNIQUE	COMPLÈTE	L'établissement formalise la procédure relative au sondage urinaire en ciblant le sondage à demeure et le sondage évacuateur. Cette procédure définit, outre le mode opératoire, les incontournables pour la prévention du risque infectieux en termes de pratiques, de matériels utilisés, de produits de désinfection, de surveillance, de suivi et d'évaluation.	COMPLÈTE
	À AMÉLIORER	L'établissement précise dans sa procédure de sondage urinaire à demeure l'utilisation de système clos. Cette procédure est validée et connue de tous. NB : Ce type de dispositif médical est recommandé pour sécuriser le geste invasif de sondage et éviter le risque de contamination rétrograde des voies urinaires et de la vessie.	À AMÉLIORER
TECHNIQUE	COMPLÈTE	L'établissement précise dans sa procédure de sondage urinaire à demeure l'utilisation de sacs anti-reflux et vidangeables. Ce type de sac permet de sécuriser le sondage vésical en évitant les manipulations multiples sur la sonde urinaire et diminue ainsi le risque de contamination rétrograde des voies.	COMPLÈTE

Concrètement



- Planifier **le remplissage du 1^{er} chapitre en équipe pluriprofessionnelle**
 - Générer son plan d'action et avancer pas à pas
- **Selon les résultats et vos besoins**, renseigner les chapitres complémentaires 2 à 8
- Auto-évaluation et autonomie de chaque établissement et selon son profil

Le DAMRI : En conclusion...

Pour chaque établissement démarche globale permettant de :

- S'auto-évaluer sur son niveau de maîtrise,
- Cartographier ses risques dans le champ du RI,
- Hiérarchiser, planifier ses actions d'amélioration.

Un véritable outil de pilotage, qui permet de communiquer.

Documents complémentaires /liens utiles

- Le DAMRI, page du site CPias Bourgogne-Franche-Comte : <https://damri.chu-besancon.fr/>



GUIDE DE REMPLISSAGE

Pour standardiser le recueil des informations, un guide de remplissage est disponible.

Télécharger

Une aide en ligne lors de la saisie est également disponible. Cette aide en ligne est matérialisée avec le bouton ?

BOÎTE À OUTILS

Lien sur les fiches pratiques, RéPias, 2022	Premier référentiel national d'évaluation de la qualité dans le social et médico-social publié, HAS, 2022	Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance, Ministère de la Santé, 2022
Télécharger	Accéder	Télécharger

- Documentation sur RI: base documentaire sur le site du Répias : <https://www.preventioninfection.fr/>

Prévention du risque infectieux dans les ESSMS : les enjeux

- Capacité des ESSMS à mettre en œuvre une politique de PRI et de maîtrise de l'antibiorésistance ?

Rappel : contrairement aux ES, il n'y a pas d'organisation réglementaire attendue concernant la prévention du risque infectieux

- Cas 1 : Rattachement ou non à un établissement de santé ou à un groupe privé
 - recours possible à une EOH, à un référent ATB
- Cas 2 : ESSMS « isolés »
 - Ressources internes ?
 - Appui possible d'une équipe mobile d'hygiène (EMH) si elle existe, ou au Cpias, mais ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux prérogatives des ESSMS : accompagnement pour la prévention et la gestion des épisodes infectieux, définition d'objectifs prioritaires, appui, expertise...
- Quelle(s) organisation(s)/moyen(s) pour mettre en œuvre une politique de prévention et de maîtrise efficiente ?
 - **Faire de la PRI un objectif prioritaire**
 - Identifier d'un référent « hygiène » dans tous les ESSMS
 - **Renseigner le DAMRI pour mieux prioriser les actions**
 - Développer les EMH et EMA

Merci pour votre attention



Actions territoriales et appui : cpias.na@chu-bordeaux.fr

Dr Christophe GAUTIER : christophe.gautier@chu-bordeaux.fr

Véronique DELANNOY : veronique.delannoy@chu-bordeaux.fr

Rachel DUTRECH : rachel.dutrech@chu-bordeaux.fr

Laurence ROUSSEAUD : laurence.rousseau@chu-limoges.fr


Le risque lié au circuit du médicament : comment l'aborder ? Quels outils?



Julie AZARD
Pharmacien inspecteur de santé publique



Myriam ROUDAUT
Pharmacien – Coordonnateur adjoint



Accompagnement sur l'amélioration de la sécurisation du circuit du médicament en ESSMS

Myriam ROUDAUT

coordonnateur adjoint

OMEDIT NAGG

Julie AZARD

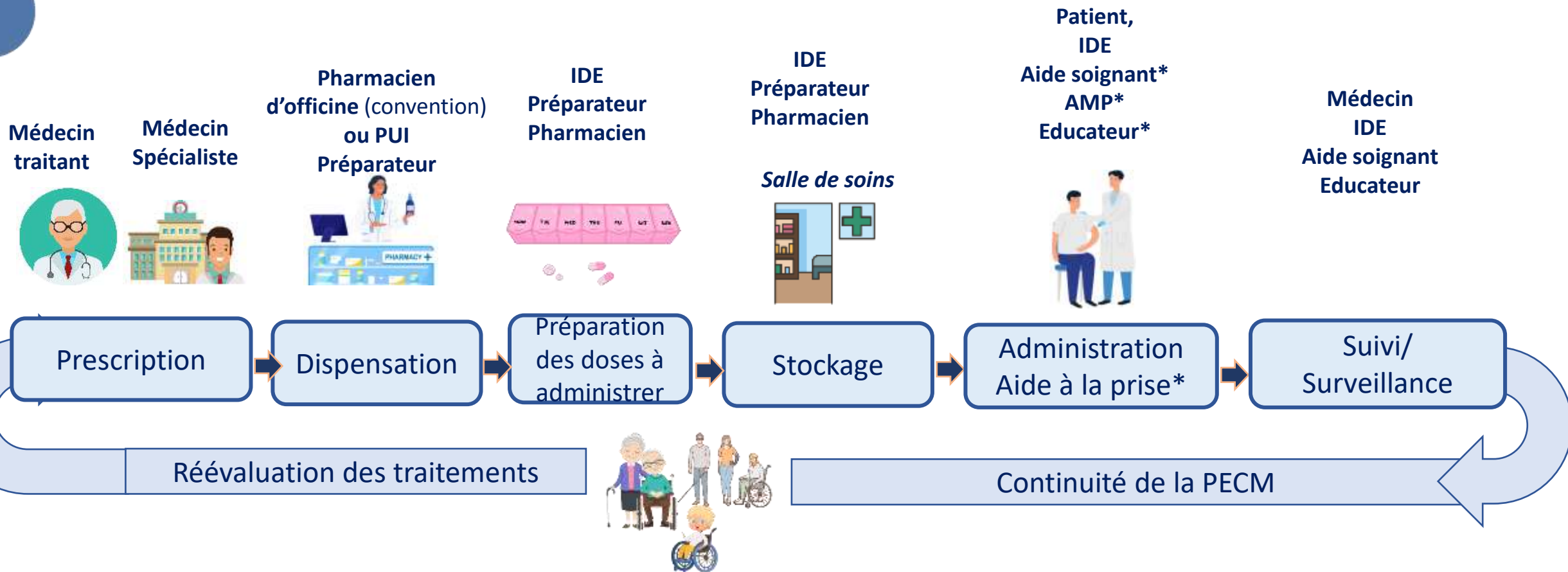
Responsable adjoint pôle PSPB

ARS Nouvelle-Aquitaine



1

Les constats – spécificités du circuit du médicament en ESMS



POLITIQUE DE GESTION DES RISQUES LIEE AUX PRODUITS DE SANTE

1 Les constats – spécificités du circuit du médicament en ESMS



Macro processus complexe

Multiplicité des intervenants

Interopérabilité des logiciels (prescription, dispensation, administration)

Interruptions de tâches

Préparation des doses à administrer
Dé-blistérisation

Règles d'administration des médicaments / aide à la prise

Délivrance des médicaments en urgence / Gestion du chariot d'Urgence

Résidents polypathologiques polymédiqués

Evolution constante de l'état des résidents

Gestion de l'autonomie du patient

Gestion des patients ayant des troubles de la déglutition

1

Les constats – spécificités des résidents en EHPAD

■ Epidémiologie

Consommation journalière
chez la personne âgée (>65 ans)

3,6* à 4,4 médicaments**

*HAS 2005 ;
**Etude 3 cités 2006

EHPAD

7* à 9,9 médicaments**

*IGAS 2012 ;
**Etude PREMS 2013

Augmentation du nombre de
médicaments selon âge

8 : 70-80 ans

9,61 : 80-90 ans

9,92 : 90-100 ans

8,11: >100 ans

(Etude O. Saint-Jean, EGB 2011)

Enquête PAERPA 2018

Programme parcours de santé des personnes âgées en
risque de perte d'autonomie

- moyenne de **6,4 médicaments par jour**
- **5% des médicaments inappropriés** selon les critères de la liste de Laroche
→ voie orale ++++> topique à passage systémique > IV > voie inhalée

1

Les constats – enquête structure handicap 2022



Les établissements ciblés

- Enfants : IME, ITEP, EEAP, IEM, EEEH, IEA et IEV
 - Adultes : FAM (EAM), EANM, MAS, EEAH
- Au total 692 établissements ciblés



Taux de réponse : 51% (352/692)

Taux d'achèvement : 91% (321/352)

- ✓ Dont 66% (233/352) d'établissements pour **adultes** et 33% (119/352) pour enfants
- ✓ Représentativité de tous les départements
- ✓ 85% des établissements disposent de places en internat

I. Gouvernance

- ✓ Engagement de la direction : **89%** (314/352)
- ✓ Inscription de la sécurisation du circuit du médicament dans le projet d'établissement : **51%** (180/352)
- ✓ Organisation de réunions thématiques sur le circuit du médicament : Réalisation : **53%** (185/352)

II. Gestion documentaire et formations

- ✓ Existence d'une convention avec une officine : **61%** (215/352)
 - Description du rôle des pharmaciens (officine ou PUI) : 69%
- ✓ Existence de procédures sur le circuit du médicament : **70%**
 - Existence de procédures sur l'administration et l'aide à la prise : **67%** (235/352)
- ✓ Description des fonctions des professionnels : **98%** (346/352)
- ✓ Actions de sensibilisation ou de formation menées au cours des 5 dernières années : **59%** (208/352)
- ✓ Existence de temps de concertation entre intervenants extérieurs et intérieurs : **50%** (176/352)

III. Gestion des erreurs liées aux médicaments

- ✓ Existence d'un système de déclaration des événements indésirables (EI) interne : **89%** (312/352)
- ✓ Mise en place d'un retour d'expérience : **39%** (136/352)
- ✓ Auto-évaluation sur le circuit du médicament :
 - Finalisée : 33% (117/352)
 - En cours de réalisation : 22% (77/352)
 - Non réalisée : 45% (158/352)

IV. Préparation, stockage et administration des médicaments

- ✓ Sécurisation du stockage (fermé à clef / digicode dans salles de soins, armoires, chariots,...) : **97%** (342/352)
- ✓ Existence d'une dotation de médicaments pour soins urgents : **46%** (162/352)
- ✓ Administration et aide à la prise :
 - L'IDE seul : 12% (42/352)
 - L'IDE en collaboration avec aide-soignante, personnel éducatif ou cadre : 55% (194/352)
 - Aide-soignante, personnel éducatif ou cadre : 33% (116/352)

1 Les constats – retours de terrain

12

Accompagnements
en présentiel +++

5 EHPAD

7 Structures handicap



Bonnes pratiques
existantes

- ✓ Relation structure/pharmacie d'officine
- ✓ Engagement de la direction dans la sécurisation du circuit
- ✓ Sécurisation de l'accès à la salle de soins
- ✓ Sécurisation de la phase de préparation des médicaments
- ✓ Sensibilisation aux erreurs médicamenteuses



Actions de
priorisation

- ✓ Formalisation/actualisation convention avec pharmacie
- ✓ Informatisation du circuit et relation avec les intervenants extérieurs
- ✓ Formalisation de la gestion documentaire
- ✓ Formalisation/révision de la dotation pour besoin urgent
- ✓ Protocolisation des prescriptions en « si besoin »
- ✓ Gestion des médicaments non utilisés
- ✓ Sécurisation du transport et du stockage des médicaments et médicaments thermosensibles
- ✓ Sécurisation de l'administration et de l'aide à la prise
- ✓ Promotion de la déclaration des erreurs médicamenteuses et mise en œuvre de retours d'expérience

Une mobilisation des professionnels - dynamique d'amélioration avec la mise en œuvre d'actions dès les interventions sur site

1 Les constats – retours de terrain – Enseignements des inspections

• Une Orientation nationale d'inspection contrôle depuis 2012

I. Gouvernance

- ✓ Révision du projet d'établissement, objectifs PECM
- ✓ Ressources, nouveaux arrivants, personnel qualifié
- ✓ Formation PECM, formation retour d'expérience
- ✓ Mise à jour des conventions officine
- ✓ Etude des risques à priori (penser à la renouveler)
- ✓ Plan d'actions (étayé, précis, suivi)
- ✓ Gestion des EI, mise en œuvre des rex
- ✓ Procédures reflet de la réalité

II. Prise en charge

- ✓ Réévaluation des prescriptions
- ✓ Lutter contre les retranscriptions
- ✓ Protocoles : à prescrire, douleur, AVK
- ✓ Intervention pharmaceutique : approvisionnement et suivi
- ✓ PEC spécifique Parkinson
- ✓ Identitovigilance
- ✓ Utilité de la liste préférentielle
- ✓ Pratiques de broyage à encadrer
- ✓ PDA : procédure, contrôle, traçabilité
- ✓ Administration : protocole de collaboration, traçabilité, supports utilisés pour la prescription

1 Les constats – retours de terrain – Enseignements des inspections

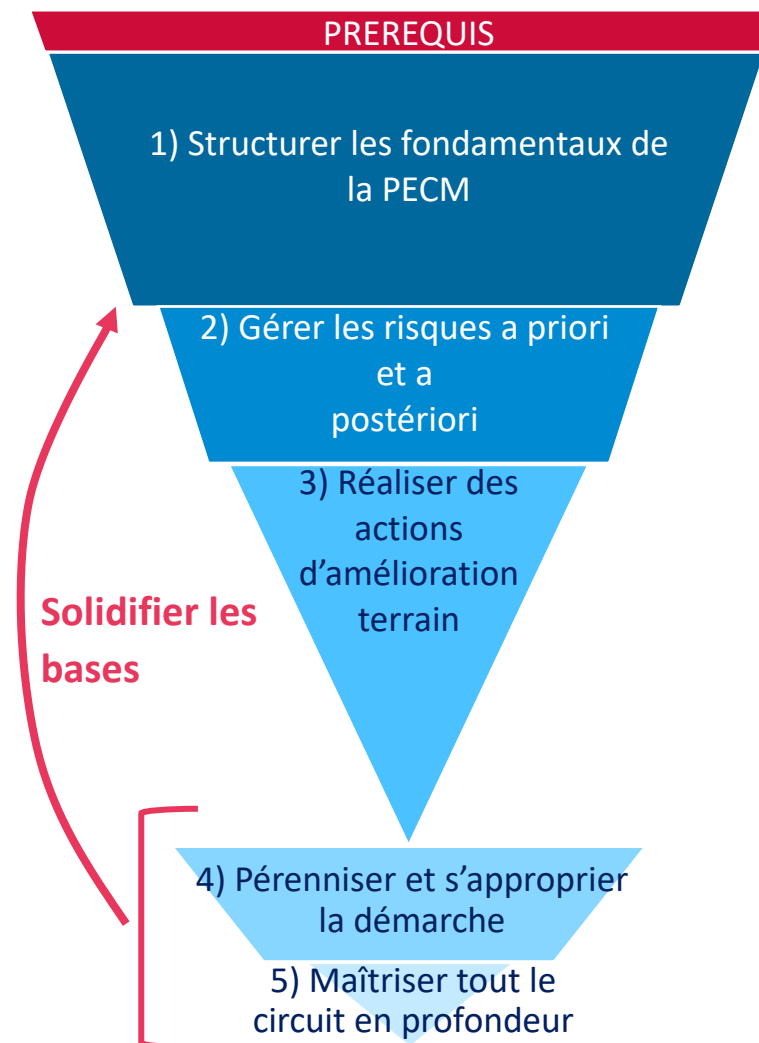
- Une Orientation nationale d'inspection contrôle depuis 2012

III. Fonctions support

- ✓ Informatisation
- ✓ Stockage : conditions, attention surstock, dotation pour besoins urgents, solutés massifs, oxygène, péremptions
- ✓ Chariot d'urgence
- ✓ Transport : conditions, traçabilité

1 Les constats – retours de terrain – Programme d'accompagnement EHPAD

- 190 EHPAD en Nouvelle-Aquitaine
- Un an d'accompagnement
- Mise à disposition d'outils
- Partage entre EHPAD par territoire
- 20 actions incrémentales
- Démarche progressive



l'anap | agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale

adopale
ENGAGÉS POUR LA SANTÉ

2

Les attendus sur la sécurisation du circuit du médicament

6

critères sur la prise en charge médicamenteuse



CRITÈRE 1.15.4 – La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour favoriser sa compréhension et son adhésion et s’assurer de sa continuité.



CRITÈRE 3.6.1 – L’ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s’assure de sa mise en œuvre.



CRITÈRE 3.6.2 – Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament



CRITÈRE 3.6.3 – Les professionnels accompagnent les personnes dans la continuité de leur prise en charge médicamenteuse.



CRITÈRE 3.6.4 – Les professionnels alertent en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont la iatrogénie



CRITÈRE 3.6.5 – Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la gestion du risque médicamenteux.



2

Les attendus sur la sécurisation du circuit du médicament

OBJECTIF 1.15 – La personne est actrice de ses choix sur son accompagnement en santé, la stratégie thérapeutique et les soins qui lui sont proposés.

CRITÈRE 1.15.4 – La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux pour favoriser sa compréhension et son adhésion et s'assurer de sa continuité.

OBJECTIF 3.6 – L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de gestion du risque médicamenteux.

CRITÈRE 3.6.1 – L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux et s'assure de sa mise en œuvre.

Entretien avec la personne

- La personne accompagnée est associée à la gestion de son traitement médicamenteux.
- La personne accompagnée reçoit des explications claires et adaptées, nécessaires à la compréhension de son traitement.
- L'adhésion de la personne accompagnée est systématiquement recherchée

Entretien avec l'ESSMS

- L'ESSMS définit sa stratégie de gestion du risque médicamenteux.
- L'ESSMS communique sur les règles de sécurisation du circuit du médicament.
- L'ESSMS évalue régulièrement son circuit du médicament.
- L'ESSMS actualise sa stratégie autant que nécessaire.

Consultation documentaire

- Tout document décrivant la stratégie de l'ESSMS en matière de gestion du risque médicamenteux. Exemples : projet d'établissement/de service.
- Organisation du circuit du médicament pour chaque étape : transport, lien prescripteur et pharmacie, dispensation, stockage, préparation, distribution, administration, aide à la prise...
- Toute description liées aux rôles et responsabilités.
- Tout élément de communication sur les règles de sécurisation.
- Système d'évaluation des pratiques, résultats et actions d'amélioration.
- Dates des dernières révisions de la stratégie de prise en charge médicamenteuse



2

Les attendus sur la sécurisation du circuit du médicament

CRITÈRE 3.6.2 – Les professionnels respectent la sécurisation du circuit du médicament



CRITÈRE 3.6.3 – Les professionnels accompagnent les personnes dans la continuité de leur prise en charge médicamenteuse.

Entretien avec les professionnels

- Les professionnels connaissent les règles de sécurisation du circuit du médicament.
- Les professionnels respectent ces règles.

Consultation documentaire

- Toutes les procédures liées au circuit du médicament, à toutes les étapes de la prise en charge et à la sécurisation.

Observation

- Toute observation permettant de confirmer le respect des règles de sécurisation des médicaments à chaque étape de la prise en charge. Exemples : condition de transport, livraison ; conditions de stockage : armoires sécurisées, piluliers, ordonnances, sécurisation des stupéfiants, gestion des stocks, etc. ; conditions de distribution, administration, aide à la prise, enregistrements.

Entretien avec les professionnels

- Les professionnels connaissent les situations pouvant induire une rupture de la prise en charge médicamenteuse pour les personnes accompagnées.
- Les professionnels mettent en place l'organisation et les actions de prévention contre ces risques.

Consultation documentaire

- Tout élément dans le dossier de la personne accompagnée permettant de confirmer : son accompagnement dans sa prise en charge médicamenteuse, la traçabilité des éventuelles alertes, les actions de prévention et de suivi mises en place.



2

Les attendus sur la sécurisation du circuit du médicament

CRITÈRE 3.6.4 – Les professionnels alertent en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse, dont la iatrogénie

CRITÈRE 3.6.5 – Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la gestion du risque médicamenteux.

Entretien avec les professionnels

- Les professionnels surveillent les signes de non-observance et de iatrogénie médicamenteuse chez les personnes accompagnées.
- Les professionnels alertent les personnes-ressources en cas de risque identifié.

Consultation documentaire

- Tout élément de traçabilité présent dans le dossier de la personne accompagnée permettant de confirmer un système d’alerte en cas de risque lié à la prise en charge médicamenteuse.
- Toute procédure décrivant la conduite à tenir en cas d’alerte ou d’évènement indésirable.
- Tout élément de traçabilité permettant d’alerter en cas de non-observance, de iatrogénie des médicaments : fiches de signalement, numéros d’urgence.

Entretien avec les professionnels

- Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et/ou formés à la prévention et à la gestion du risque médicamenteux.

Consultation documentaire

- Tout support permettant d’apporter la preuve de la réalisation des sensibilisations/formations des professionnels à la prévention et à la gestion du risque médicamenteux. Exemples : plan de formation, actions de sensibilisation, feuilles d’émargement, ressources pédagogiques, modalités d’accès ou supports spécifiques.

2

Les attendus sur la sécurisation du circuit du médicament

Corpus législatif

Des dispositions générales *ex: code déontologie médecin, médecin coordonnateur, pharmacien, IDE, AS, AMP*

Corpus réglementaire

Des dispositions spécifiques *ex: dotation pour besoins urgents (R.5126-108 CSP), liste préférentielle (CSS)*

Des dispositions propres aux circuits *ex: EHPAD avec PUI (L. 5126-1 CSP) ou sans PUI (L.5126-10 CSP)*

Démarche qualité en filigrane – mais pas de texte opposable à l'instar du management de la qualité de la PECM dans les ES

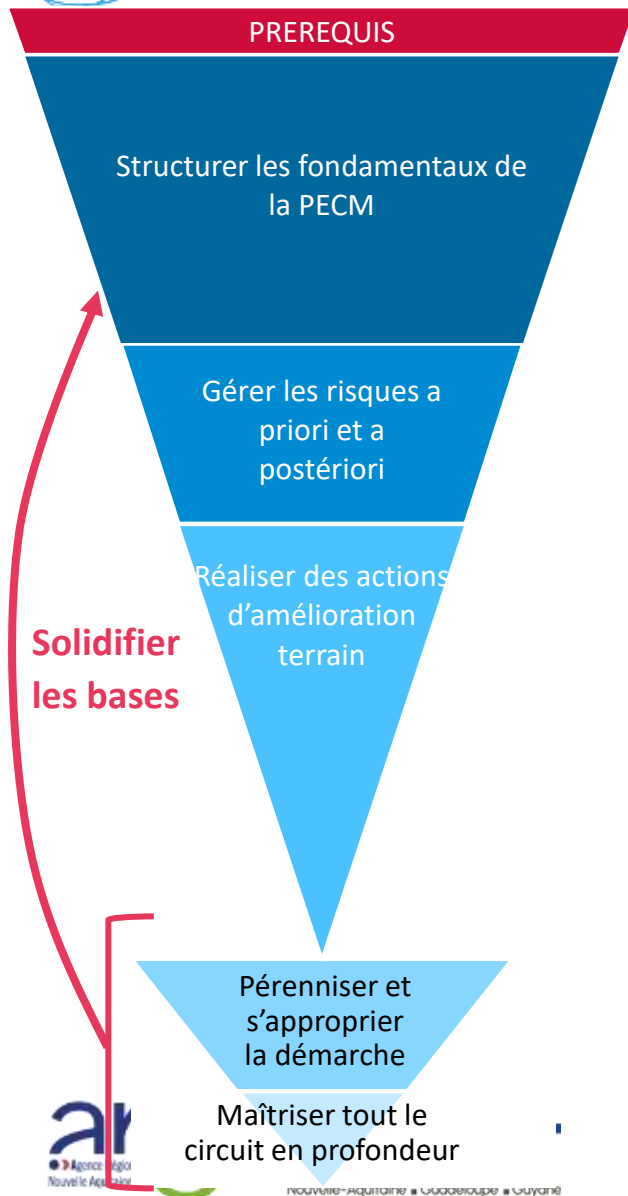
3

Les outils d'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse



3

Proposition d'un plan d'actions incrémentales



0	Réaliser un "état des lieux flash" de la PECM
1	Sur la base du volontariat, désigner un référent PECM
2	Communiquer en interne sur les enjeux de la sécurisation de la PECM et les risques d'erreurs médicamenteuses
3	Schématiser la PECM des résidents
4	Constituer et réunir un comité PECM
5	Recenser les procédures existantes liées au circuit du médicament, à toutes les étapes de la prise en charge et à la sécurisation
6	Planifier des formations externes portant sur la sécurisation du circuit du médicament
7	Réaliser une analyse macro des risques « essentiels »
8	Communiquer auprès des équipes sur les EI et mettre en place une charte d'incitation à la déclaration
9	Mettre en place un système de déclaration des EI, les analyser et mettre en place des actions correctives
10	Intégrer des actions d'identitovigilance à chaque étape du circuit et y former le personnel
11	Interroger les pratiques des soignants concernant la distribution, l'administration et la surveillance du résident
12	Travailler sur les prescriptions en mettant à disposition une liste préférentielle de médicaments adaptés à la personne âgée ou un livret thérapeutique et définir un protocole de réévaluation des prescriptions
13	Mettre en place des actions pour éviter toute retranscription
14	Formaliser le rôle des équipes pharmaceutiques dans les étapes de dispensation des médicaments (analyse pharmaceutique et délivrance)
15	Organiser, sécuriser et formaliser les modalités de stockage des médicaments
16	Encadrer l'administration des médicaments pour les résidents présentant des troubles de la déglutition
17	Pérenniser la démarche en réalisant "l'état des lieux flash" en routine tous les 6 mois
18	Réaliser un autodiagnostic de la PECM et en tirer un plan d'action personnalisé
19	Piloter la mise en oeuvre du plan d'action tiré de l'autodagnostic
20	Réaliser un audit interne ou externe (type audit croisé, visite de l'OMÉDIT, etc...) et/ou une analyse des risques complète

QUALITÉ : Mettre à jour ou établir les procédures

Source – projet ANAP EHPAD

3

L'autodiagnostic du circuit du médicament

- Démarche participative et pluridisciplinaire = Implication de tous les acteurs impliqués dans la prise en charge médicamenteuse du résident
- Analyse des risques a priori = avant la survenue d'un évènements indésirable
- Intégration dans une démarche globale de gestion des risques
- Contribution à la sécurisation du circuit du médicament
- Promotion d'une culture de sécurité partagée

Objectifs

- Repérer les processus potentiellement à risques
- Identifier les étapes dangereuses (personnes, biens)
- Prioriser et mettre en œuvre des actions de :
 - prévention pour supprimer les causes
 - protection pour limiter les conséquences

3

L'autodiagnostic du circuit du médicament



Autodiagnostic interdiag



Cible

EHPAD avec et sans PUI

Structure handicap et plus particulièrement : FAM, MAS, IEM et IME

Modalités d'accès

<https://anap.fr/s/article/pharma-bio-ste-publication-2321>

https://75.ars-iledefrance.fr/auto_evaluation_ems_handicap/accueil

Login = finess - Mdp provisoire= #finess_

Présentation

- grille excel
- Format web : suivi des différentes campagnes et proposition d'un plan d'actions prioritaires

Accompagnement au déploiement région d'Archimed – contacts: ARS-NA-PHARMABIO@ars.sante.fr / omedit@omedit-nag.fr

3

Accompagnement de l'OMEDIT

En cohérence avec les actions de l'ARS et des autres structures nationales et régionales (ANAP, SRA)

Accompagnement individuel

- Présentiel ou distanciel
- Audit du circuit de la prise en charge médicamenteuse
- Appui aux organisations
- Appui à l'évaluation HAS critère « produits de santé »
- Sensibilisation des professionnels à la sécurisation de la PECM



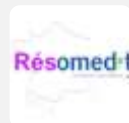
Formations

- Pertinence des prescriptions chez la personne âgée
- Antibiothérapie et lutte contre l'antibiorésistance
- Conciliation médicamenteuse
- Gestion des risques – médicaments en EHPAD
- E-learning – sensibilisation erreurs médicamenteuses



Mise à disposition d'outils et d'informations

- [Outils du RESOMEDIT synthétisant pour chaque critère du référentiel les outils ...](#)
- Fiche mémo FORAP – RESOMEDIT
- Outil ArchiMed Handicap : auto-évaluation de la PECM
- [Webinaire « Circuit du médicament en ESSMS » avec le CCEQA](#)





Conclusion - évaluation

- *Des améliorations observables, des évènements indésirables qui subsistent*
- *Priorisation – exemple: plan incrémental*
- *S'appuyer sur le corpus réglementaire existant*
- *Dynamique d'accompagnement ARS, Omedit: outils, méthode*

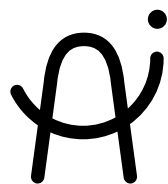
LA VISITE D'ÉVALUATION

La vision des professionnels, le traitement des critères impératifs

Camille LALAURIE
Responsable Qualité

Dorine BENECH
Chargée de mission Qualité

Rémy POPULUS
Directeur de l'ESAT Saint-Denis-de-Pile



adapei 33

Mathilde SARRIQUET
Directrice Projets et Qualité

Sandrine LESPAGNE
*Directrice adjointe du SAAD -
La clé des âges*





LE DÉROULÉ DE LA VISITE :

LA VISION DES PROFESSIONNELS, LE TRAITEMENT DES CRITÈRES IMPÉRATIFS

Camille LALaurIE, responsable qualité, ADAPEI 33

Dorine BENECH, chargée de mission qualité, ADAPEI 33

Remy POPULUS, directeur de l'ESAT Saint Denis de Pile, ADAPEI 33

Mathilde SARRIQUET, Directrice projets et qualité, APAJH Gironde

Sandrine LESPAGNE, Directrice adjointe du SAAD, SSIAD et Accueil de jour La Clé des Ages, APAJH Gironde

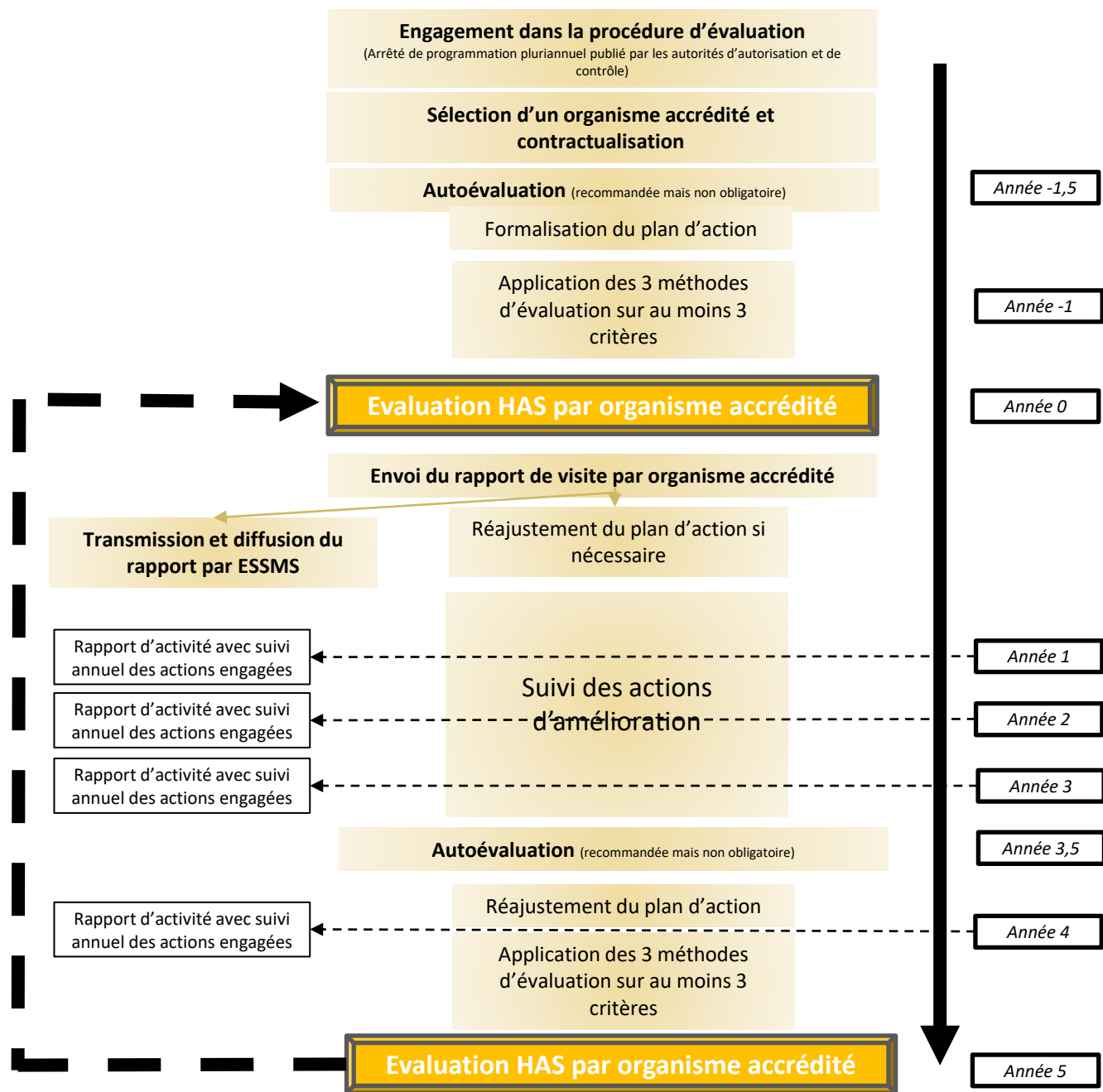


La nouvelle démarche d'évaluation des ESSMS



La mise en œuvre à l'ADAPEI 33

- **13 établissements ou services évalués en 2023** (FO, FAM, ESAT, SAVS, ESAT Hors murs).
- 11 prévus en 2024, 11 en 2025, 6 en 2026 et 3 en 2027.
- **Autoévaluation complète**, en amont de la visite, avec priorité du plan d'actions sur les critères impératifs réalisée.
- **Point mensuel** avec le service qualité sur l'avancée du plan d'actions.
- Choix de travailler avec **2 organismes évaluateurs** :
 - ↳ Au vu du nombre important d'établissements évalués et des échéances identiques pour tous,
 - ↳ Pour pouvoir observer les différentes méthodes de travail.





La nouvelle démarche d'évaluation



➔ La mise en œuvre à l'APAJH Gironde

- Le SAAD de la Clé des Ages évalué en avril 2023
- **Une 30aine d'audits prévus** en 2024, 3 en 2025, 1 en 2027.
- Mise en place d'une méthodologie associative avec kit ressources et sensibilisation des Directeurs (guide méthodologique, fichier auto évaluation, supports de présentation, rétroplanning 'type'...)
- Autoévaluation systématique en amont de la visite et établissement du plan d'action



La nouvelle démarche d'évaluation



➔ La mise en œuvre à l'APAJH Gironde

- Accompagnement de la Direction Projets Qualité avec points d'échéances et de suivi (réunion de présentation de la démarche, points d'étape, suivi du plan d'action et de la mise à jour documentaire, soutien organisationnel et de communication...)
- Organismes évaluateurs : pilotage associatif
- Suivi du plan d'action dans le temps par le biais des COPIL Qualité locaux ainsi que d'un point de vue associatif



Organisation de la visite d'évaluation

- ✓ Planning
- ✓ Liste de documents
- ✓ Consentement pour les personnes accompagnées
- ✓ Logistique : salle, accès aux logiciels, accès aux documents
- ✓ Temps d'observation / organisation des visites à domicile
- ✓ Rencontres/entretiens
- ✓ Compte rendu de fin de visite

Ressentis des professionnels

Points appréciés	Points d'amélioration
<ul style="list-style-type: none"> . Bienveillance des évaluateurs et connaissance du secteur médico-social . Echanges appréciés par les professionnels . Retour à chaud intéressant 	<ul style="list-style-type: none"> . Manque de clarté pour les documents à faire signer aux personnes accompagnées . Plus d'entretiens individuels . Questions parfois redondantes

- « Un réel échange était possible »
- « Une part d'appréhension lors de la première réunion et des premières minutes, mais très vite les évaluateurs ont su détendre l'atmosphère. Les réponses étaient reçues avec bienveillance »
- « Lors des entretiens, les évaluateurs avaient une grille de référentiel. L'a trouvé leurs retours justes et formateurs »
- « Des appréhensions pour être un peu disciplinaire » ont valu une bonne tenue dans l'accompagnement des personnes âgées »
- « Permis aux plus timides de prendre la parole »
- « Pour l'entretien individuel l'exercice est maxime, mais l'évaluatrice a su mettre rapidement en confiance »
- « J'ai trouvé leur intervention personnalisée à l'institution. Ils arrivaient à personnaliser les questions et reformuler si nécessaire »
- « Les évaluatrices étaient très à l'écoute, elles n'étaient pas dans la négativité »
- « Évaluatrice à l'écoute prenant le temps d'entendre les réponses »
- « Évaluateurs investis »



Le retour des équipes

- Un retour global positif malgré une certaine appréhension initiale
- Un travail préparatoire nécessaire et bénéfique
- Une communication et une organisation bien préparées ayant facilité le déroulement des deux jours
- Une capacité à échanger de façon libre et spontanée encouragée par les évaluatrices
- Une valorisation du travail fait
- La dynamisation de la démarche Qualité du service



Critères impératifs

- Attention particulière donnée aux critères impératifs.
- Plan d'actions suite à l'autoévaluation apprécié (les écarts ne sont pas découverts au moment de la visite).
- Investigation plus poussée sur les éléments de preuve des critères impératifs selon les binômes d'évaluateurs.
- Vérification des éléments de preuve.
- Rapport de fin de visite avec un focus sur les critères impératifs en dessous de «4 » (rapport oral ou écrit).



Merci pour votre attention

L'APRÈS VISITE D'ÉVALUATION

Quelle communication des résultats? Quelle exploitation?

Aline GILET-CAUBERE

*Directrice Adjointe Affaires Générales,
Qualité, Gestion des Risques et des
relations avec les Usagers,
Communication*



JOURNÉE RÉGIONALE Nouvelle-Aquitaine



*L'évaluation en ESSMS:
se préparer, la vivre et en
exploiter les résultats*



**Judi 23 novembre 2023
à Angoulême**

Merci de votre présence!



AGISSONS POUR DEMAIN