

HYGIENES

INFECTIONS NOSOCOMIALES - ÉPIDÉMIOLOGIE - SOINS - ÉVALUATION - TECHNIQUES - ENVIRONNEMENT - QUALITÉ - SÉCURITÉ



Prévention des infections associées aux soins en hospitalisation à domicile

Recommandations du CCLIN sud-est
Novembre 2012



RÉDACTION

Université Claude-Bernard
Laboratoire d'épidémiologie
et santé publique
8, avenue Rockefeller
F-69373 Lyon cedex 08
Tél. : 04 78 78 56 05
E-mail : hygienes@univ-lyon1.fr

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Président: J. Carlet (Paris)
G. Antonioti (Aix-les-Bains)
E. Bouvet (Paris)
G. Ducloux (Genève)
J.-P. Gachie (Bordeaux)
D. Goulet (Lyon)
V. Jarlier (Paris)
X. Lecoutour (Caen)
D. Monnet (Stockholm)
B. Regnier (Paris)
M. Sepetjan (Lyon)

COMITÉ DE RÉDACTION

D. Abiteboul (Paris)
L.-S. Aho-Glélé (Dijon)
K. Amzian (Fès)
P. Astagneau (Paris)
M. Atif (Blida)
R. Baron (Brest)
P. Berthelot (Saint-Etienne)
J. Beytout (Clermont-Ferrand)
C. Brun-Buisson (Créteil)
C. Chemorin (Lyon)
P. Czernichow (Rouen)
J.-C. Darbord (Paris)
L. Dhidah (Sousse)
R. Girard (Lyon)
B. Grandbastien (Lille)
J. Hajjar (Valence)
R. Hamza (Bizerte)
S. Harbarth (Genève)
Ph. Hartemann (Vandœuvre-lès-Nancy)
O. Keita-Perse (Monaco)
C. Léger (Poitiers)
B. Lejeune (Brest)
D. Lepelletier (Nantes)
J.-C. Lucet (Paris)
M.-R. Mallaret (Grenoble)
N. Marty (Toulouse)
B. NDoye (Dakar)
P. Parneix (Bordeaux)
A.-M. Rogues (Bordeaux)
C. Sartor (Marseille)
A. Simon (Louvain)
D. Talon (Besançon)
S. Terzaki (Le Caire)
O. Traoré (Clermont-Ferrand)
Ph. Vanhems (Lyon)
X. Verdeil (Toulouse)
J.-R. Zahar (Paris)

Publicité et rubrique**« Entreprises et produits »**

Aviridis - Bernard Grynfogel
31, chemin des Balmes - BP 14
F-69141 Rillieux cedex
Tél. 04 78 88 04 87 - Fax 04 78 88 12 18
E-mail : info@aviridis.fr

MAQUETTE: Boops (Lyon)**IMPRIMERIE:** Lamazière (Décines)**COMMISSION PARITAIRE:** 0712 T 81403**ISSN:** 1249-0075**DÉPÔT LÉGAL:** novembre 2012

© Health & Co



Volume XX - N° 5 - Novembre 2012

Prévention des infections associées aux soins en hospitalisation à domicile

Préface	3
Participants	4
Sigles et abréviations.....	6
Introduction.....	7
Les essentiels.....	9
CHAPITRE I	
Risque infectieux en HAD	13
CHAPITRE II	
Stratégie de la prévention du risque infectieux.....	17
CHAPITRE III	
Hygiène et organisation des soins.....	23
Annexe I - Rites mortuaires	31
CHAPITRE IV	
Logistique	33
Annexe II - Exemple de cahier des charges « Prestataires »	39
Annexe III - Exemple d'audit « Prestataires »	46
CHAPITRE V	
Prévention du risque infectieux.....	53
chez les professionnels	
CHAPITRE VI	
Gestion des déchets d'activités de soins.....	57
CHAPITRE VII	
Éducation des patients et des aidants.....	63
Annexe IV - Exemple d'un outil d'aide	68
à la réalisation du diagnostic éducatif	
Annexe V - Exemples de grille d'évaluation de pratiques	69
Glossaire.....	70

Les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles ont été incorporées sont autorisées.

Toute autre reproduction est interdite sans autorisation de l'éditeur.

(Loi du 11 mars 1957 - art. 40 et 41 du code pénal art. 425).

La liste des annonceurs est p. 30.

Ce n° comporte un encart jeté «Hygiènes, risque et qualité chez la personne âgée »

Préface

Par la nature des soins qu'elle réalise, par les spécificités des lieux où s'exerce sa mission, par la multiplicité des intervenants qu'elle coordonne, l'hospitalisation à domicile a un devoir de prévention et de gestion des risques, complexe à mettre en œuvre et pourtant essentiel. Le statut d'établissement de santé des structures d'HAD, soumises à autorisation par les ARS et à l'obligation de certification par la Haute Autorité de santé, leur impose l'organisation et la mise en œuvre des mesures nécessaires à la protection des patients et des professionnels. Mais la particularité tient au fait qu'au-delà de ces obligations professionnelles normales, les soins délivrés, souvent techniques, le sont au domicile même des patients, ceci obligeant à encore davantage respecter la dimension éthique de notre exercice.

Aussi peu préparés soient certains domiciles à devenir des lieux de soins et peu adaptée la réglementation à l'activité d'HAD, il nous faut donc répondre à cet enjeu de prévention et de gestion des risques par une stratégie réaliste qui permette d'atteindre l'objectif visé : une prise en charge de qualité et sécurisée. Et tout doit y concourir : gestion des fournisseurs, collaboration avec les libéraux, éducation des patients et de leur entourage, élaboration de protocoles de prise en charge, toutes les étapes de la prise en charge et tous les moyens humains et matériels nécessaires à celle-ci doivent intégrer cette recherche de sécurisation.

Dans cette démarche, la prévention du risque infectieux est un point majeur. Atteints de pathologies souvent lourdes et multiples, pris en charge par de multiples intervenants dans un environnement ouvert qu'il serait illusoire de vouloir stérile, soumis à des soins longs, pluriels et complexes, les patients et les professionnels qui les soignent sont bel et bien exposés à la problématique de ce risque. Le travail remarquable coordonné par le CCLIN sud-est va contribuer sans nul doute à montrer qu'à l'instar d'un lieu dédié aux soins tel qu'un hôpital, au domicile également, il est possible de grandement le limiter.

Le guide *Prévention des infections associées aux soins en HAD* atteste à la fois de la complexité du sujet, de l'importance de structurer son action pour lutter efficacement contre la survenue de l'incident infectieux et le gérer lorsqu'il se réalise, et de l'existence de nombreux leviers d'action pour les établissements d'HAD. Il fournit à tous les intervenants participant à la prise en charge de patients en HAD, une approche globale et des outils d'autant plus pratiques qu'ils ont été développés par des professionnels de terrain expérimentés. S'appuyant en outre sur une base de connaissance scientifique, ce document propose des points de repère utiles à tous les acteurs de la santé et aux autorités de tutelle.

Ce guide est donc une aide de tout premier plan pour que soit effective la devise des établissements d'HAD et de leur fédération : la qualité de l'hôpital, le confort de sa maison.

DR ÉLISABETH HUBERT

ANCIEN MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE L'ASSURANCE-MALADIE

PRÉSIDENTE DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES ÉTABLISSEMENTS D'HOSPITALISATION À DOMICILE (FNEHAD)

Participants

Ce guide a été réalisé sous l'égide du CCLIN sud-est
CCLIN sud-est - Hôpital Henry-Gabrielle – Villa Alice
20 route de Vourles – 69230 Saint Genis-Laval
Contact : cclin-sudest@chu-lyon.fr

Coordination

- Chapuis Catherine, médecin hygiéniste, équipe sectorielle de prévention du risque infectieux Lyon-Rhône, Saint Genis-Laval
- Monier Sylvie, cadre de santé hygiéniste, CCLIN sud-est, Saint Genis-Laval

Organismes sollicités

- Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile
- Société française d'hygiène hospitalière

Groupe de pilotage et rédacteurs

- Benistand Christine, médecin HAD, CHU Nîmes
- Bessassa Sophie, infirmière coordinatrice, HAD Saint-Antoine, Saint-Raphaël
- Besson Martine, cadre de santé hygiéniste, ARLIN Auvergne, Clermont-Ferrand
- Botharel Anne-Hélène, médecin coordonnateur et hygiéniste, HAD Santé Service, Puteaux
- Chemorin Christine, cadre supérieur de santé hygiéniste, HCL, Lyon, SF2H
- Cretenet Zabouda, directrice des soins, HAD Soins et Santé, Rillieux-la-Pape
- Dubost Éric, médecin directeur, HAD Soins et Santé, Rillieux-la-Pape, FNEHAD
- Duplatre Fernanda, infirmière coordinatrice, HAD Clinidom, Clermont-Ferrand
- Fabry Jacques, professeur en santé publique, Lyon
- Ittah-Desmeulles Hélène, médecin hygiéniste, HAD AP-HP, Paris
- Le Maréchal Véronique, pharmacien, HAD Soins et Santé, Rillieux-la-Pape
- Le Moal Pascal, infirmier hygiéniste, HAD 63, Clermont-Ferrand
- Mathelin Marie Paule, cadre de santé hygiéniste, HAD OIKIA, Saint-Étienne
- Miguères Brigitte, médecin hygiéniste, HAD AP-HP et CCLIN Paris-nord, Paris
- Payet-Bonnefond Catherine, infirmière hygiéniste, ARLIN Réunion/Mayotte, Saint-Denis
- Pilles Dominique, cadre de santé hygiéniste, ARLIN Aquitaine, Bordeaux
- Renaud Bernadette, infirmière hygiéniste, HAD Soins et Santé, Rillieux-la-Pape
- Sanlaville Nathalie, documentaliste, CCLIN sud-est, Saint-Genis-Laval
- Savey Anne, médecin hygiéniste, responsable du CCLIN sud-est, Saint-Genis-Laval, SF2H
- Seveignes Sylvaine, directrice des soins, Caluire

Groupe de relecture

- Adjamagbo Béatrice, cadre de santé hygiéniste, Paris, FNEHAD
- Croze Béatrice, infirmière hygiéniste, Valence, SF2H
- Dbouk Lama, infirmière hygiéniste, HAD 35, Chartres de Bretagne, FNEHAD
- Heraclide Bénédicte, infirmière hygiéniste, HAD 41, La Chaussée Saint-Victor, FNEHAD
- Keita-Perse Olivia, médecin hygiéniste, Monaco, président du comité scientifique SF2H
- Ollivier Yann, infirmier hygiéniste, ARLIN nord-Pas-de-Calais, Lille
- Rigolier Sylvie, infirmière libérale, Lyon
- Viseur Martine, infirmière hygiéniste, HAD Santé Service, Lens, FNEHAD

Liste des principales abréviations

AES	Accident d'exposition au sang
AFNOR	Association française de normalisation
AS	Aide-soignant
ARLIN	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
ARS	Agence régionale de santé
BMR	Bactérie multirésistante aux antibiotiques
CCLIN	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
CEN	Comité européen de normalisation
CIRE	Cellule interrégionale d'épidémiologie
CME	Commission ou conférence médicale d'établissement
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CVC	Cathéter veineux central
CVP	Cathéter veineux périphérique
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CNR	Centre national de référence
COSPIN	Commission de suivi du programme de prévention des infections nosocomiales
CRUQPC	Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
DAOM	Déchets assimilables aux ordures ménagères
DASRI	Déchets d'activités de soins à risque infectieux
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGS	Direction générale de la santé
DM	Dispositif médical
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière
HAD	Hospitalisation à domicile
HCSP	Haut Conseil de la Santé publique
IAS	Infection associée aux soins
ICSHA	Indice de consommation des solutions hydroalcooliques
IDE	Infirmier diplômé d'État
IN	Infection nosocomiale
InVS	Institut de veille sanitaire
OPCT	Objets piquants, coupants, tranchants
PCH	Précautions complémentaires d'hygiène
PHA	Produit hydroalcoolique
PS	Précautions standard
RAISIN	Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales
SF2H	Société française d'hygiène hospitalière
VHB	Virus de l'hépatite B
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Introduction

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet d'assurer au domicile du malade des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Elle concerne les malades de tous âges, enfants, adultes et personnes âgées. Ce mode de prise en charge a connu un essor très important au cours de la dernière décennie et on recense aujourd'hui en France plus de deux cents établissements très divers de par leur statut public ou privé adossé ou non à un établissement de santé traditionnel, ou autonome (associatif) et de par leur taille. Le raccourcissement des durées d'hospitalisation conventionnelle, le maintien dans un environnement familial, l'implication de la famille et des proches sont des facteurs qui contribuent au développement de cette offre de soins.

Le premier établissement d'hospitalisation à domicile en France a été créé en 1957 et l'HAD a été instituée par la loi hospitalière du 31 décembre 1970. À ce titre, elle fait partie des structures sanitaires (établissements d'hospitalisation sans hébergement). Elle est officiellement définie pour la première fois dans le décret du 2 octobre 1992 : « *les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable, en fonction de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés au domicile, par la complexité et la fréquence des actes* ».

Depuis, cette définition a été complétée par un certain nombre de textes chargés de préciser la spécificité, les missions et les modalités de l'HAD. En particulier, la circulaire du 30 mars 2000 spécifie les champs d'application de l'HAD : « *l'hospitalisation à domicile concerne les malades atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, évolutives et/ou instables qui en l'absence d'un tel service seraient hospitalisées en établissement de santé* ». Les HAD sont autorisées à intervenir au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et depuis septembre 2012 dans les autres structures médico-sociales. L'admission en HAD est obligatoirement soumise à une prescription médicale de la part de médecins hospitaliers ou du médecin traitant du patient. La justification de cette

HAD est appréciée par le médecin coordonnateur et elle est subordonnée au consentement du patient ou de sa famille. Le patient peut donc être admis soit suite à un séjour en milieu hospitalier, soit directement de son domicile.

L'élaboration d'un projet de soins concerté entre le prescripteur et la structure d'HAD est un élément essentiel du dispositif.

L'HAD nécessite des soins coordonnés de plusieurs professionnels, relevant de spécialités ou de disciplines différentes et de modes d'exercices différents, elle est un point de rencontre entre la médecine hospitalière et la pratique ambulatoire. Elle utilise les compétences internes de ses propres équipes et coordonne les interventions de professionnels extérieurs, en prenant en compte l'environnement sanitaire et médico-social participant à la prise en charge du patient en amont ou en aval de l'HAD.

La lourdeur des pathologies et des soins pratiqués exposent également les patients d'HAD au risque d'infections associées aux soins.

Les structures d'HAD sont soumises aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers conventionnels en matière de certification, sécurité et qualité des soins et lutte contre les infections associées aux soins. Néanmoins, le patient évolue dans son environnement habituel et certains paramètres apportent, par rapport à l'hospitalisation conventionnelle, une problématique supplémentaire dans l'application de certaines mesures de prévention du risque infectieux :

- conditions d'hygiène du lieu de vie,
- contacts de la famille et des proches,
- multiples intervenants, salariés ou non de l'HAD,
- contraintes logistiques,
- contraintes d'organisation des soins, la chambre du patient étant un lieu de vie et un lieu de soins.

Dans ce contexte, ce travail regroupant des professionnels d'HAD et des hygiénistes a pour objectif de mettre à disposition des établissements d'HAD un document de référence, leur permettant l'appropriation et la mise en place des référentiels de prévention du risque infectieux dans le contexte propre des soins à domicile.

Les essentiels

CHAPITRE I- ÉPIDÉMIOLOGIE

Risque infectieux en HAD

- Le risque infectieux est présent lors de toute prise en charge d'un patient quel que soit le lieu de cette prise en charge.
- Les patients d'HAD peuvent être porteurs de pathologies lourdes et de dispositifs invasifs et présenter à ce titre un risque d'infection majoré.
- Les soins pratiqués en HAD sont les mêmes que ceux pratiqués en hospitalisation avec hébergement.
- Les différentes études publiées confirment la réalité du risque infectieux en HAD.
- La réalisation d'enquête de prévalence doit être encouragée.

CHAPITRE II - STRATÉGIE DE PRÉVENTION

Stratégie de la prévention du risque infectieux

- L'organisation de la prévention du risque infectieux en HAD doit répondre aux obligations réglementaires de tout établissement de santé.
- L'équipe opérationnelle d'hygiène (praticien ET infirmier) est la structure experte de la prévention du risque infectieux. Elle peut être mutualisée avec d'autres structures dans le cadre d'équipes interétablissements.
- L'équipe opérationnelle d'hygiène, en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques :
 - assiste la commission ou conférence médicale d'établissement dans la proposition des actions de lutte contre les infections nosocomiales et dans l'élaboration des indicateurs de suivi,
 - veille à la mise en œuvre du programme de lutte contre les infections nosocomiales,
 - établit un bilan annuel des activités de lutte,
 - détermine les indicateurs pertinents en vue de l'évaluation de son programme interne d'actions.
- Le plan d'action pour la maîtrise du risque infectieux associé aux soins repose sur :
 - des protocoles prioritaires mis à disposition de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux concernés, incluant la contribution à des actions visant la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques,
 - des actions de formation et d'information destinées à l'ensemble des professionnels soignants et aidants,
 - la surveillance comprenant la réalisation d'enquêtes de prévalence et/ou d'incidence des infections les plus fréquentes,
 - l'évaluation des pratiques dont la méthodologie sera adaptée à la structure et à ses moyens,
 - le signalement externe des IAS *via* le dispositif électronique e-SIN (réglementaire).
- Le volet « Lutte contre les infections nosocomiales » du plan d'action s'articule avec les autres domaines du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, contribuant à développer une culture de la sécurité au sein de l'HAD.

CHAPITRE III - ORGANISATION DES SOINS

Hygiène et organisation des soins

- Les soins réalisés en HAD, répondent aux mêmes protocoles que ceux effectués en établissements de santé avec hébergement.
- Leur réalisation demande à l'équipe soignante de s'adapter à un espace et à une architecture propre à chaque domicile. L'ergonomie du soin est importante à anticiper et organiser : travailler au calme en évitant autant que possible lors des soins à risque la présence d'enfants et d'autres membres de la famille.
- L'équipe soignante doit prendre en compte l'environnement familial : un membre de la famille, un proche ou un aidant participe souvent aux soins.
- La tenue vestimentaire de base est la tenue civile, propre, à manches courtes.
- La tenue de protection s'adapte au niveau de risque de l'acte de soin.
- Tous les intervenants doivent connaître les précautions standard (en particulier les recommandations concernant l'hygiène des mains) : médecin libéral, kinésithérapeute, infirmier libéral, aide-ménagère, auxiliaire de vie sociale, prestataire de services, famille participant aux soins.
- Il n'existe pas de consensus sur les indications de la mise en œuvre des précautions complémentaires à domicile. Néanmoins, certaines situations qui font l'objet de recommandations nationales nécessitent leur mise en place.
- L'isolement protecteur ne peut être appliqué au domicile. Dans les situations d'immunodépression modérée, les précautions standard suffisent.
- Pour les soins respiratoires, l'HAD doit respecter la réglementation et les recommandations en vigueur, en particulier quant à l'usage d'eau stérile et de matériel à usage unique. Le prestataire doit les respecter.
- Les règles s'appliquant aux antiseptiques sont les mêmes à l'hôpital avec hébergement et en HAD. On privilégie les monodoses ou les petits conditionnements.
- Des protocoles sont transmis aux libéraux intervenant au domicile.

CHAPITRE IV - LOGISTIQUE

Logistique

- Le matériel médical est fourni par l'HAD ou par un prestataire de services.
- Une organisation de type « marche en avant » doit être présente à tous les niveaux de la base logistique.
- La gestion des dispositifs médicaux répond aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière en particulier en matière de stockage.
- L'entretien du matériel réutilisable doit s'effectuer dans un espace dédié à cette activité.
- Les contenants pour la livraison des patients doivent répondre aux règles de transport des médicaments et des DM, et doivent être entretenus s'ils sont réutilisables.
- Le transport des DM et des médicaments obéit à la réglementation.
- Les véhicules utilisés pour le transport du matériel vers le domicile des patients sont dédiés à cette activité.
- Les agents de livraison doivent respecter les règles d'hygiène au domicile des patients.
- Le transport des prélèvements biologiques se fait sous triple emballage.
- Les dispositifs médicaux à usage unique stériles et non stériles sont à privilégier.
- Le rangement se fait au domicile dans un contenant dédié, fermé, propre et sec.
- Pour les médicaments, le pharmacien privilégie la spécialité qui se conserve à température ambiante.
- En cas de conservation au froid, le stockage se fera dans le réfrigérateur du patient dans une zone dédiée.
- Le cahier des charges des prestataires fournissant du matériel précise les engagements du prestataire en matière de nettoyage et de désinfection des dispositifs médicaux et de formation en hygiène.
- L'HAD procède à l'évaluation du prestataire par des audits.

CHAPITRE V - PROFESSIONNELS

Prévention du risque infectieux chez les professionnels

- Le risque professionnel infectieux existe en HAD, sa prévention repose sur :
 - l'application des précautions standard,
 - une politique vaccinale adaptée,
 - la mise à disposition et l'utilisation adaptée de matériels de sécurité,
 - l'intégration de la sécurité dans l'organisation du travail,
 - l'information et la formation du personnel,
 - une gestion immédiate de l'AES organisée,
 - une conduite à tenir en cas d'AES diffusée et connue,
 - une surveillance des AES dans l'établissement,
 - l'éducation des professionnels libéraux et des aidants,
 - un suivi des bonnes pratiques des soignants.

CHAPITRE VI - DÉCHETS

Gestion des déchets d'activités de soins

- L'HAD est responsable de l'élimination des déchets produits au domicile du patient.
- Les déchets doivent être triés dès leur production.
- Les DASRI doivent être éliminés dans des emballages spécifiques.
- L'HAD est soumise aux mêmes obligations que tout établissement de santé concernant la filière d'élimination des DASRI.
- La production diffuse chez les patients génère une différence au niveau de la collecte par :
 - une fréquence variable en raison du faible volume de production des déchets,
 - par le mode de ramassage qui peut être réalisé par un prestataire ou par l'HAD.
- Lors du recours à un prestataire de service pour l'élimination, l'HAD reste responsable et doit exiger une convention écrite, un bordereau de suivi et le retour du bordereau.

CHAPITRE VII - ÉDUCATION

Éducation des patients et des aidants

- Le patient et/ou les aidants naturels occupent une place toute particulière dans la prise en charge, et leur implication est indispensable pour la prévention du risque infectieux.
- La démarche d'éducation est initiée dès le projet d'HAD, au moment de la visite d'évaluation.
- L'éducation est en priorité délivrée au patient si un aidant intervient, le consentement mutuel (patient et aidant) est nécessaire.
- En devenant « partenaire de soins », l'aidant est confronté à de nouvelles missions.
- Cette démarche institutionnelle est conduite par un groupe de travail pluridisciplinaire.
- La méthodologie employée est celle de toute démarche qualité, à savoir :
 - Faire un état des lieux :**
 - identifier les besoins du patient et/ou de l'aidant,
 - réaliser un diagnostic éducatif, cibler des objectifs et établir un contrat d'éducation.
 - Mettre en place des actions d'amélioration :**
 - diffuser des plaquettes informatives réalisées par le groupe de travail,
 - éduquer le patient et/ou l'aidant,
 - prodiguer des conseils téléphoniques.
 - Évaluer les actions éducatives :**
 - réaliser des visites à domicile,
 - utiliser des grilles d'évaluation adaptées aux thématiques enseignées et réitérer cette démarche jusqu'à l'obtention de la maîtrise maximale du risque infectieux lié aux soins et à l'environnement.

Risque infectieux en HAD

Mots-clés Risque infectieux – Facteur de risque – Prévalence – Incidence.

Objectif Décrire l'épidémiologie du risque infectieux en HAD.

Introduction

Le risque infectieux est présent lors de chaque prise en charge d'un patient sur le plan préventif, diagnostique, éducatif, curatif ou palliatif et ceci quel que soit le lieu de cette prise en charge. De très nombreuses études se sont intéressées au risque infectieux nosocomial mais on ne dispose que de peu de données épidémiologiques concernant spécifiquement les infections contractées en HAD. De plus, la comparaison entre les différentes études publiées en France reste difficile du fait de méthodologies divergentes. Il faut également souligner les difficultés de mises en œuvre des enquêtes en HAD :

- modalités de diagnostic au domicile différentes de celles mises en œuvre en hospitalisation traditionnelle avec en particulier une documentation des infections moins fréquente,
- dispersion géographique des patients,
- multiplicité des prescripteurs et des laboratoires d'analyses,
- définitions européennes des infections par site peu adaptées au contexte de l'HAD et peu connues des médecins libéraux.

Facteurs de risque infectieux en HAD

Le risque de contracter une infection associée aux soins dépend particulièrement de l'état de santé du patient hospitalisé et des éventuels soins invasifs pratiqués.

Les patients d'HAD sont pour certains porteurs de **pathologies lourdes** et peuvent présenter à ce titre un risque d'infection majoré. Près de 30 % des journées en 2010 (source FNEHAD) concernaient des patients sévèrement dépendants (indice de Karnofsky¹ (IK) \leq 30 %) et 57 % des journées réalisées concernaient des patients ayant un IK de 40, 50 ou 60. L'enquête de prévalence réalisée en 2007 sur l'HAD de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), retrouvait près de 30 % de patients immunodéprimés et 43,5 % présentant une pathologie sévère (Indice de Mac Cabe² égal à 1 ou 2).

Les soins réalisés en HAD sont les mêmes soins que ceux pouvant être réalisés dans un établissement de santé avec hébergement. Lors de l'admission en HAD, les soins palliatifs représentent le mode de prise en charge principal le plus fréquent en termes de journées (25,8 % en 2010, source FNEHAD). Viennent ensuite les soins de pansements complexes pour 20 % et les soins de nursing lourd (9,5 % des journées).

Les patients d'HAD sont fréquemment porteurs de **dispositifs invasifs** qui les exposent tout particulièrement au risque

1- L'indice de Karnofsky (IK) est un indicateur permettant de suivre l'état de santé global des patients: IK 0 à 10 %: états terminaux – IK de 20 à 40 %: incapacité à s'occuper de lui-même; soins institutionnels souhaitables – IK de 50 à 70 %: incapacité à travailler; séjour possible à la maison, soins personnels possibles – IK de 80 à 100 %: peut mener une activité normale, pas de prise en charge particulière.

2- Score de gravité de Mac Cabe: 0 = Pas de maladie ou maladie non fatale; 1 = Maladie fatale dans les 5 ans; 2 = Maladie rapidement fatale, dans l'année.

d'infection. En effet, on retrouve jusqu'à 50 % d'abords veineux centraux et 20 % de porteurs d'une sonde urinaire à demeure.

Enfin, et bien que l'on n'ait pas d'étude permettant de confirmer ce facteur de risque, la prise en charge au domicile apporte vraisemblablement une complexité supplémentaire dans la maîtrise de certains paramètres comme les conditions d'hygiène sur le lieu de vie ou les contacts avec la famille.

Infections associées aux soins en HAD

La **prévalence** des infections varie selon les études de 2,6 à 6,3 %. L'enquête de 2007 de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) (613 patients inclus) a retrouvé un taux de prévalence globale des infections associées aux soins de 5,2 % proche de celui de l'enquête nationale de 2006 (5,4 %). Le taux de prévalence des infections associées aux soins acquises durant le séjour en HAD est de 2,6 % (Tableau I). Une enquête conduite également en 2007 par l'HAD Santé Service retrouve des résultats similaires. Ceci confirme les résultats des enquêtes précédemment menées à l'AP-HP en 2000 et par l'HAD Santé Service Bayonne de 2002 à 2008. Les infections les plus fréquemment retrouvées sont les infections urinaires et les infections cutanées. Concernant les **taux d'infections liés aux dispositifs invasifs**, l'enquête d'incidence réalisée en 2002-2003 sur 658 patients porteurs de dispositifs invasifs, de l'HAD Soins et Santé de la région lyonnaise, a permis de retrouver un taux d'incidence des infections urinaires de 1,4 pour 1000 jours

de sondage et un taux d'incidence des bactériémies de 1,1 pour 1000 jours de cathétérisme central.

Les HAD en tant qu'établissements de santé sont soumis à l'obligation réglementaire depuis 2001 du **signalement externe** des infections nosocomiales (au CCLIN et à l'ARS). D'après les données de l'InVS centralisant tous les signalements au niveau national, on observe :

- que les HAD n'ont réalisé des signalements externes qu'à partir de 2007 ;
- qu'un total de 8 épisodes de signalements a été déclaré pour les HAD en tant que type d'établissements (soit un par an de 2007 à 2010 et 4 en 2011). Ceci correspond à 0,3 % des signalements effectués en France en 2011 (4/1 565) ;
- qu'à ceux-là s'ajoutent quelques épisodes déclarés par des HAD (en tant que type de service) au sein d'autres types d'établissement.

Ainsi, il a été possible d'identifier au total 15 épisodes impliquant des soins en HAD, correspondant à :

- 4 infections sur cathéter à chambre implantable/cathéter intrathécal,
- 3 épisodes de gale (soignants ou patients),
- 6 épisodes de portages de bactéries hautement résistantes (3 entérocoques résistants aux glycopeptides, 1 *Acinetobacter baumannii* résistant à l'Imipénème, 2 *Pseudomonas aeruginosa*),
- 1 septicémie à streptocoque du groupe A,
- 1 tuberculose (patient).

On peut s'étonner du peu de signalements en HAD alors qu'il y a des patients parfois lourds, avec des prises en charge complexes et des porteurs de dispositifs invasifs.

Tableau I - Comparaison des résultats d'enquêtes de prévalence des infections nosocomiales menées dans deux structures d'HAD en 2007 avec ceux de l'enquête nationale de prévalence 2006.

	HAD AP-HP* 2007 N = 613	Santé Service Puteaux 2007 N = 367	Prévalence nationale 2006 N = 358 467
Immunodépression	26,9	43,7	9,5
Mac Cabe** 1 et 2	43,5	84,2	29,2
Présence cathéter vasculaire ou sous cutané	23,3	35,6	19
Présence d'une sonde urinaire	8,5	9,2	1,8
Intubation/trachéotomie	2,5	5,3	1,8
Lésions cutanées		36,7	
Prévalence globale des infections	5,2	6,7 [4,1 – 9,3]	5,4
Prévalence des infections acquises en HAD	2,6	4,8 [2,5 – 7,7]	4,3

* Assistance publique-Hôpitaux de Paris

** Score de gravité de Mac Cabe : 0 = Pas de maladie ou maladie non fatale ; 1 = Maladie fatale dans les 5 ans ; 2 = Maladie rapidement fatale, dans l'année.

Du fait de l'implantation récente du dispositif dans de nombreuses structures et de la dématérialisation du système de saisie sur Internet *via* e-SIN, on peut s'attendre à une augmentation de leur nombre dans les années à venir.

Conclusion

Les patients d'HAD sont exposés à des gestes invasifs et les quelques études publiées confirment la réalité du risque infectieux associé aux soins durant ce mode d'hospitalisation. Si la prévalence globale des infections est proche de celle de l'enquête nationale de 2006, la prévalence des infections acquises en HAD semble moindre. Ceci ne permet pas de conclure à une prise en charge potentiellement moins à risque en HAD qu'en hospitalisation avec hébergement ce, d'autant que les données de l'enquête nationale comprennent des unités à haut risque comme les réanimations. Néanmoins, il se peut que la transmission croisée soit plus faible au regard de la dispersion géographique des patients. Ceci doit être confirmé par des données épidémiologiques obtenues à partir d'études utilisant des définitions spécifiques applicables au contexte de l'HAD. Il apparaît également indispensable de sensibiliser les établissements et services d'HAD au signalement externe des infections graves nosocomiales et à la mise en place d'une surveillance épidémiologique comprenant au minimum des enquêtes de prévalence. L'enquête nationale de prévalence 2012 avec une méthodologie adaptée à l'HAD va permettre d'obtenir des données sur le risque infectieux en HAD.

Bibliographie

TEXTES OFFICIELS

- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Instruction DGOS/PF2/DGS/RI3 n°2012-75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées. 12 pages.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Instruction DGS/RI3/

DGOS/PF2 n° 2011-186 du 18 mai 2011 relative au déploiement de l'outil de télé-signallement des infections nosocomiales dénommé « e-SIN ». 8 pages.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES. Circulaire DHOS/E2/DGS/SD5C n° 2004-21 du 22 janvier 2004 relative au signalement des infections nosocomiales et à l'information des patients dans les établissements de santé. Non parue au Journal officiel. 28 pages.

- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'État). Journal officiel du 28 juillet 2001. 2 pages.

RECOMMANDATIONS

- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS), RÉSEAU D'ALERTE, D'INVESTIGATION ET DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (RAISIN). Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, France, juin 2006. Méthodes, résultats, perspectives, annexes. 2009. 172 pages. http://www.invs.sante.fr/publications/2009/enquete_prevalence_infections_nosocomiales/index.html
- CENTRE DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCLIN) SUD-OUEST. Dossier DGS concernant l'adaptation des HAD au programme de lutte contre les infections liées aux soins 2009-2012. Fiche descriptive des HAD 2009. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Etude_IAS_HAD_C_CLIN_Sud-Ouest.pdf

RÉFÉRENCES

- SEVEIGNES S, DAVID S, CHEMORIN C, GIRARDO P, DEL SIGNORE C, VANHEMS P. Le risque infectieux chez les patients pris en charge à domicile. *Hygiènes* 2010; 3: 193-199.
- ITTAH-DESMEULLES H, MIGUERES B, SILVERA B, DENIC L, BRODIN M. Prévalence des infections associées aux soins en hospitalisation à domicile (HAD) de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris, France, 2007. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 2009; 5: 44-48.
- WEBER DJ, BROWN V, HUSLAGE K, SICKBERT-BENNETT E, RUTALA WA. Device-related infections in home healthcare and hospice: Infection Rates 1998-2008. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 10: 1022-1024.
- KIRCHACKER R. Enquête de prévalence des infections dans une structure d'hospitalisation à domicile. Thèse de doctorat en médecine. Université Paris Descartes (Faculté de médecine, Paris 5). 2008. 82 pages. <http://www.medecine.univ-paris5.fr/IMG/pdf/Kirchaker.pdf>
- DROUVOT V, BRIAND V, PATTE R, PATRIS S, QUENON JL. Évaluation du risque infectieux nosocomial en HAD. *Soins* 2002; 666: 21-22.
- ROSENHEIMER L, EMBRY FC, SANFORD J, SILVER SR. Infection surveillance in home care: device-related incidence rates. *Am J Infect Control* 1998; 3: 359-363.

CHAPITRE I - ÉPIDÉMIOLOGIE

Risque infectieux en HAD

- Le risque infectieux est présent lors de toute prise en charge d'un patient quel que soit le lieu de cette prise en charge.
- Les patients d'HAD peuvent être porteurs de pathologies lourdes et de dispositifs invasifs et présenter à ce titre un risque d'infection majoré.
- Les soins pratiqués en HAD sont les mêmes que ceux pratiqués en hospitalisation avec hébergement.
- Les différentes études publiées confirment la réalité du risque infectieux en HAD.
- La réalisation d'enquête de prévalence doit être encouragée.

Stratégie de la prévention du risque infectieux

Mots-clés Prévention – Formation – Information – Évaluation – Surveillance – Signalement – Réglementation.

Objectifs Connaître les obligations réglementaires en matière de prévention du risque infectieux en HAD.
Décrire leur mise en œuvre de façon adaptée à la taille et au statut de l'HAD.

L'HAD étant un établissement sanitaire à part entière, la réglementation concernant la prévention du risque infectieux s'applique et doit nécessairement être prise en compte par les promoteurs de projet ou les responsables des services.

Les textes réglementaires

La lutte contre les infections a fait l'objet de premiers textes fondateurs (Circulaire du 18 octobre 1973) et s'est structurée au cours des années sur le plan national, régional et local. L'ensemble de la réglementation ayant trait à ce domaine est consultable sur le site internet NosoBase® grâce au lien suivant et permettra de prendre connaissance des textes en vigueur au moment de la consultation.

http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/Organisation_LIN.html

Le ministère de la Santé a accompagné la mise en œuvre de ces textes réglementaires par un premier plan 1995-2000, puis un programme national de lutte contre les infections nosocomiales 2005-2008. Le bilan réalisé à l'issue de ce programme a permis de définir les orientations du plan stratégique national 2009-2013, troisième plan de prévention des infections associées aux soins.

Ce programme prend en compte l'évolution des modalités de prise en charge des patients et s'appuie sur la définition des infections associées aux soins.

Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge.

Comité technique des infections nosocomiales et des infections liées aux soins - mai 2007. (Définition des infections associées aux soins. Ministère de la Santé, 11 pages.)

Remarque : on réserve le terme d'infection nosocomiale aux infections associées aux soins contractée dans un établissement de santé. Ce terme s'applique donc également à l'HAD.

Cette définition traduit la volonté de prendre en compte le risque infectieux dans tous les secteurs de réalisation de soins en établissements sanitaires, établissements médico-sociaux et soins de ville.

« *L'infection associée aux soins (IAS) englobe tout événement infectieux en rapport plus ou moins proche avec un processus, une structure, une démarche de soins, dans un sens très large* ». Le critère principal définissant une IAS est constitué par la délivrance d'un acte ou d'une prise en charge de soins au sens large (à visée diagnostique, thérapeutique, dépistage ou de prévention primaire) par un professionnel de santé, ou le patient, ou son entourage, encadrés par un professionnel de santé.

La loi HPST (Hôpital Patients, Santé et Territoires) a également contribué à poursuivre l'organisation de la maîtrise du risque infectieux en s'adaptant à l'évolution du système sanitaire.

Ce texte, donne notamment une plus grande liberté aux établissements pour organiser la lutte contre le risque infectieux. Il place en première ligne la conférence (pour les établissements privés) ou commission (pour les établissements publics) médicale d'établissement (CME).

Les structures expertes

La lutte contre le risque infectieux s'appuie sur l'expertise :

- **au plan national**, de la commission spécialisée du Haut Conseil de la santé publique (HCSP),
- **au plan interrégional**, des cinq centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CCLIN). Chaque CCLIN regroupe quatre à sept régions administratives. Dans chacune de ces régions, on retrouve une antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales (ARLIN), chaque antenne assurant un relais de proximité des CCLIN auprès des établissements de santé.
- **au plan local**, sur les professionnels de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH), assistant la CME dans sa mission.

En effet, la commission ou conférence médicale d'établissement contribue à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, organisant la lutte contre les événements indésirables associés aux soins (incluant la gestion du risque infectieux). Elle est chargée de l'élaboration du programme annuel d'actions et des indicateurs de suivi.

Pour rappel, les différents volets du programme d'action de la lutte contre les événements indésirables associés aux soins concernent :

- la lutte contre les infections nosocomiales (LIN),
- le bon usage des médicaments et des dispositifs médicaux stériles,
- les risques associés aux actes invasifs,
- les dispositifs de vigilance destinés à garantir la sécurité sanitaire,
- la prise en charge de la douleur,
- la maîtrise de la résistance aux anti-infectieux,
- la sécurité des personnes en situation de fragilité psychologique ou mentale.

Le décret de novembre 2010, renforce le rôle de l'EOH, qui a pour mission de contribuer à la définition du programme de prévention des IN, de veiller à la mise en œuvre du programme de lutte contre les infections et à son évaluation. Elle est composée de personnel médical ou pharmaceutique ET de personnel infirmier, **spécialisés** en hygiène hospitalière.

L'équipe opérationnelle d'hygiène, travaillant en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques :

- assiste la CME dans la proposition des actions de lutte contre les infections nosocomiales et dans l'élaboration des indicateurs de suivi de la mise en œuvre de ces mesures,
- établit un bilan annuel des activités de lutte contre les IN.

Le contexte institutionnel

Le projet d'établissement, les orientations stratégiques, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et ses fiches objectifs, la certification et la démarche qualité et de gestion des risques, sont des éléments incontournables du dialogue de l'établissement d'HAD avec les autorités de tutelle.

La maîtrise du risque infectieux, pièce maîtresse de la sécurité des soins est intégrée dans les exigences de ces différents dispositifs de contractualisation. On retrouvera des indicateurs spécifiques dans les fiches objectifs qualité du CPOM, et les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales seront directement intégrés dans les critères correspondants dans l'autoévaluation de la certification. En outre, la méthodologie de travail en mode projet de l'EOH, peut utilement être utilisée pour aborder la maîtrise des autres risques sanitaires.

Comment répondre à ces exigences ?

Les moyens humains et les ressources matérielles

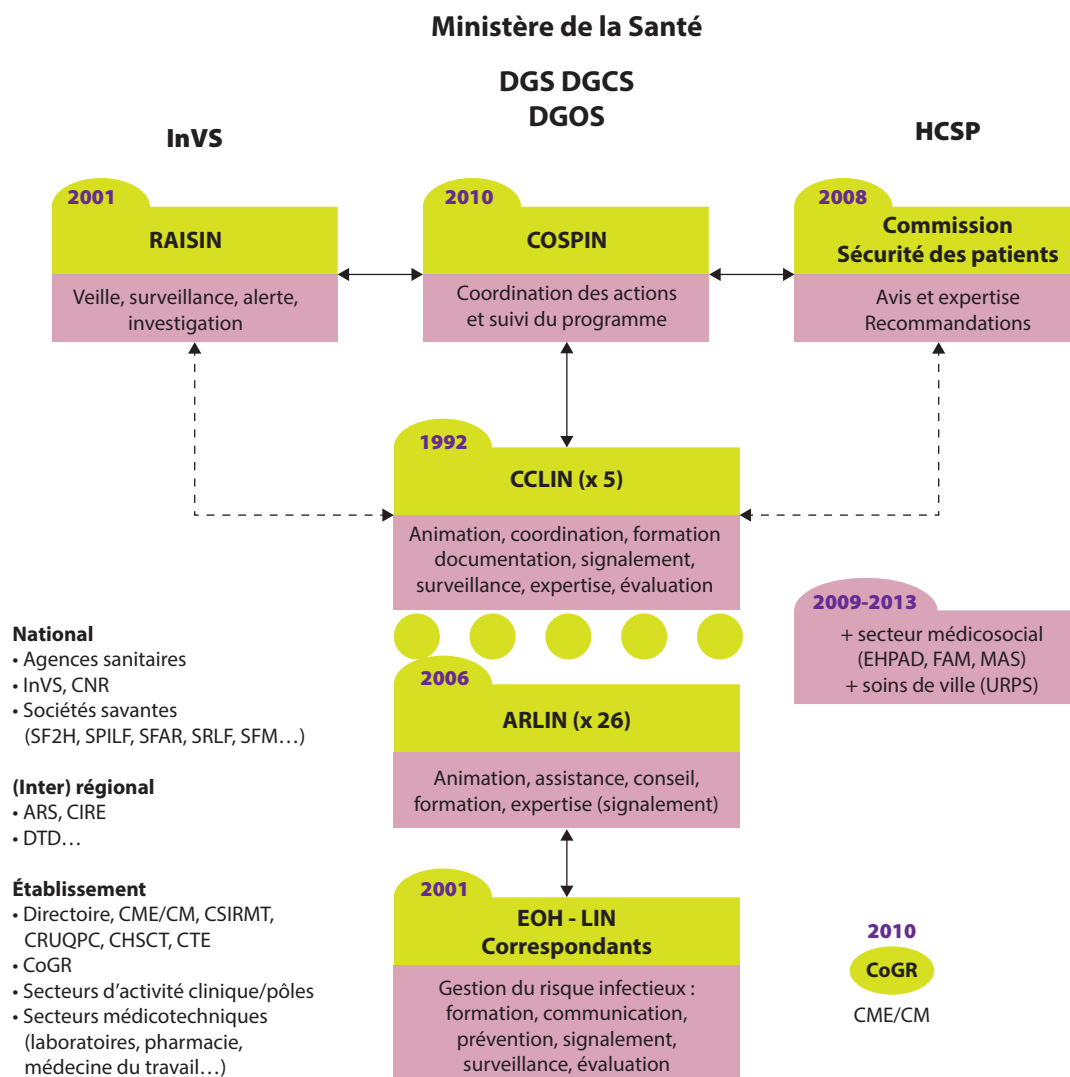
L'équipe opérationnelle d'hygiène doit disposer de ressources humaines, mises à disposition par la structure d'HAD. Des **ratios** sont préconisés de façon réglementaire, un ETP (équivalent temps plein) médical pour 800 lits et un ETP paramédical pour 400 lits. Des moyens en secrétariat, un outil bureautique et un accès au système d'information de la structure, complètent le dispositif minimum de fonctionnement.

« Les membres de cette équipe EOH reçoivent une **formation diplômante adaptée à l'exercice de leur mission. Ils ont accès aux données et aux informations, notamment les plaintes et réclamations des usagers, qui leur sont nécessaires.** »

« Un bilan des activités de lutte contre les infections nosocomiales est établi par l'EOH selon un modèle défini par arrêté du ministre chargé de la Santé ».

Elle s'appuie sur des professionnels médicaux ou paramé-

Dispositif national de lutte contre les infections nosocomiales



ARLIN: antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales; ARS: agence régionale de santé; InVS: Institut de veille sanitaire; CCLIN: centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales; CHSCT: comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail; CIRE: cellule interrégionale d'épidémiologie; CME: commission médicale d'établissement; CNR: Centre national de référence; CoGR: coordonnateur de la gestion des risques; COSPIN: commission de suivi du programme de prévention des infections nosocomiales; CRUQPC: commission des relations avec les usagers, de la qualité et de la prise en charge; CSIRMT: commission des soins infirmiers, rééducation et médicotéchnique; CTE: comité technique d'établissement; DTD: direction territoriale départementale; DGS: Direction générale de la santé; DGCS: Direction générale de la cohésion sociale; DGOS: Direction générale de l'offre de soins; EHPAD: établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes; EOH: équipe d'hygiène opérationnelle; FAM: foyer d'accueil médicalisé pour personnes handicapées vieillissantes; HCSP: Haut Conseil de la santé publique; InVS: Institut de veille sanitaire; LIN: lutte contre les infections nosocomiales; MAS: maison d'accueil spécialisé; RAISIN: Réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales; SF2H: Société française d'hygiène hospitalière; SFAR: Société française d'anesthésie-réanimation; SFM: Société française de microbiologie; SPILF: Société de pathologie infectieuse de langue française; SLRF: Société de réanimation de langue française; URPS: union régionale des professions de santé

caux de l'établissement qui constituent des relais d'information au sein des services de soins. Ces **correspondants** en hygiène, reçoivent une formation organisée par leur établissement, et souvent réalisée par l'EOH sur les bases essentielles à leurs actions.

En HAD, selon la taille de l'établissement et le nombre de professionnels de santé salariés, il conviendra d'évaluer la nécessité pour l'EOH de relayer son action par l'intermédiaire de ces correspondants.

Les modalités de mise en œuvre seront adaptées à la taille et au statut de la structure d'HAD.

Il existe la solution « en interne » de former à l'hygiène du personnel de l'HAD (au minimum un DU) qui exercera ses fonctions à temps partiel (temps contractualisé sur la fiche de poste).

Le plus souvent, les professionnels formés en hygiène hospitalière (médecin ou pharmacien hygiéniste ET infirmier hygiéniste) peuvent être mis à disposition des structures ou service d'HAD, à partir de l'établissement hospitalier déjà pourvu d'une telle équipe (**EOH de l'établissement**), ou pour les structures non adossées à un établissement sanitaire, à partir **d'équipes sectorielles ou EOH interétablissements**. Cette mise à disposition fait alors l'objet de convention de coopération interétablissement, fixant les modalités pratiques et financières d'intervention. Les ARLIN, peuvent être sollicitées pour mettre en contact les établissements disposant de ressources et les services d'HAD. On pourra s'inspirer d'une convention type, concernant les équipes mobiles, qui a été proposée au secteur EHPAD.

Il est également possible de mutualiser les moyens humains et matériels avec le service de la gestion des risques.

Le plan d'action

Le volet « risque infectieux » du plan d'action doit être établi en cohérence avec les autres champs de la gestion des risques dans l'établissement et se développer selon le même principe :

- impulser et coordonner la **gestion a priori** du risque IN dans ses différentes dimensions (environnement, acte de soin, état de santé du patient),
- impulser et coordonner la **gestion a posteriori** du risque IN (signalement, investigation et interventions lors d'infections, surveillances épidémiologiques, suivi d'indicateurs, etc.),
- promouvoir la **formation et l'information** sur le risque IN pour les professionnels, les patients et les usagers.

Les grands axes du plan d'action et les actions à conduire pour les HAD nouvellement créées s'articulent pour répondre aux injonctions de qualité et de sécurité des soins

sur les grandes thématiques suivantes : procédures, formation, surveillance, évaluation, signalement et indicateurs.

Les procédures

La création ou l'adaptation de **protocoles de soins** mis à disposition des soignants au domicile du patient, l'écriture de référentiels métier adaptés au domicile, constitueront le point d'appui de la formation des professionnels à l'hygiène. Ces protocoles portent non seulement sur la réalisation des soins mais également sur le transport et la gestion du matériel et l'élimination des déchets. La définition des choix, en matière de matériel stérile à usage unique, de création de sets spécifiques, fera l'objet de réflexion et devra être adaptée à chaque type d'HAD.

De même, les modalités de transport de l'établissement au domicile et les modalités de stockage et de conservation du matériel, des médicaments et de l'alimentation, devront faire l'objet d'un travail prenant en compte le contexte de l'HAD. Des protocoles prioritaires (tels qu'hygiène des mains et précautions standard) sont à formaliser, l'HAD doit veiller à les mettre à disposition de l'ensemble des professionnels concernés, salariés et libéraux, par exemple par le biais de site Internet pour assurer le respect des précautions standard et la qualité et la sécurité des soins réalisés.

Tout protocole nouveau ou réactualisé doit faire l'objet d'un accompagnement auprès des professionnels de santé.

L'EOH doit aussi participer aux actions de maîtrise de l'acquisition de résistance aux anti-infectieux des microorganismes et en limiter leur diffusion.

La formation du personnel participant à la prise en charge des patients

Qu'il soit salarié de l'établissement ou acteur de santé libéral, la formation concerne à la fois les **médecins** et les **paramédicaux** (infirmiers, kinésithérapeutes...). L'analyse des pratiques et la proposition d'axes de correction et d'harmonisation des pratiques, constitueront des propositions d'actions pour le programme annuel.

Il pourra être également envisagé de répondre aux besoins de formation des **aidants professionnels** (auxiliaires de vie...) mis à disposition par les organismes prestataires, car ceux-ci participent à la prise en charge des patients.

La surveillance du risque infectieux

La surveillance repose sur la réalisation d'enquêtes de **prévalence** et/ou **d'incidence** des infections les plus couramment rencontrées en HAD ; certains établissements ont développé depuis plusieurs années des méthodes de surveillance en incidence ou en prévalence dont les principaux résultats sont présentés chapitre précédent.

Il est difficile de préconiser une méthode de surveillance pour l'HAD, en raison notamment de la multiplicité des laboratoires qui réalisent les examens. Il conviendra cependant que l'équipe opérationnelle d'hygiène, en lien avec les médecins coordonnateurs puisse consulter et analyser les résultats bactériologiques qui sont souvent gérés par les médecins traitants. L'existence d'un système informatique permettant de récupérer les résultats des patients depuis les laboratoires prestataires facilite grandement le recueil des données de surveillance épidémiologique. Depuis 2012, les HAD peuvent s'appuyer sur un référentiel spécifique proposé dans le cadre de l'enquête nationale de prévalence.

L'évaluation

Les audits cliniques et les évaluations des pratiques professionnelles pourront être réalisés sur les problématiques de maîtrise du risque infectieux. Certains services d'HAD mettent en place des audits de pratique au domicile quel que soit l'effecteur du soin. Chaque EOH, en fonction de la multiplicité des intervenants, de la dispersion géographique des patients et de ses moyens, déterminera ses objectifs. Il convient également de retenir que les méthodes de questionnaire ou d'auto-évaluation peuvent être utilisées en HAD car ils permettent de pallier la difficulté d'organiser des observations.

Le signalement et la coordination avec les autres vigilances

Le signalement des événements indésirables associés aux soins constitue le support central de la maîtrise de l'ensemble des risques. Le risque infectieux constitue souvent une opportunité de modélisation de la gestion des risques en raison de son antériorité dans les HAD.

Le signalement des infections associées aux soins doit être organisé en interne.

Certains de ces signalements feront parfois l'objet d'un signalement externe au CCLIN et à l'ARS. Ce dispositif d'alerte a en effet pour objectif de surveiller de façon plus spécifique les événements infectieux rares et/ou graves afin de prévenir les risques de diffusion ou remédier à un dysfonctionnement potentiel. Un responsable du signalement externe et son suppléant doivent être désignés, leurs noms seront transmis à l'ARS et aux CCLIN.

Les indicateurs : les indicateurs du score agrégé, les taux d'infection

Un suivi des indicateurs permet d'évaluer le programme d'actions. Certains indicateurs s'imposent à la structure d'HAD (ICALIN2, ICSHA2 et ICA-BMR) dans le cadre du bilan

standardisé LIN actualisé chaque année par le ministère de la santé.

L'EOH pourra déterminer d'autres indicateurs pertinents à l'évaluation de son programme interne d'actions, par exemple : les infections sur cathéter, le taux d'AES (cette liste n'étant pas exhaustive, chaque équipe déterminera les indicateurs les plus pertinents pour son activité). Ces indicateurs constitueront le tableau de bord de la maîtrise du risque infectieux et permettront d'orienter les actions d'amélioration.

Le répertoire des indicateurs publiés en 2010 par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) constitue une référence.

Bibliographie

TEXTES OFFICIELS

- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Instruction DGOS/PF2/DGS/RI3 n°2012-75 du 13 février 2012 relative au signalement externe des infections nosocomiales par les établissements de santé et les structures mentionnées à l'article R.6111-12 du Code de la santé publique ainsi qu'aux modalités de gestion des situations signalées. 12 pages.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Instruction DGS/RI3/DGOS/PF2 n° 2011-186 du 18 mai 2011 relative au déploiement de l'outil de télé-signalement des infections nosocomiales dénommé « e-SIN ». 8 pages.
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Circulaire DGOS/PF2 n° 2011-416 du 18 novembre 2011 en vue de l'application du décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. 22 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Décret n° 2010-1408 du 12 novembre 2010 relatif à la lutte contre les événements indésirables associés aux soins dans les établissements de santé. Journal officiel du 16 novembre 2010. 3 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire DHOS/E2/DGS/RI n° 2009-272 du 26 août 2009 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections nosocomiales 2009-2013. 2009. 32 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Circulaire DGS/DHOS/DGAS n° 2009-264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins. 2009. 39 pages.
- LOI N° 2009-879 DU 21 JUILLET 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 88 pages.
- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Décret n° 2001-671 du 26 juillet 2001 relatif à la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'État). Journal officiel 28 juillet 2011. 2 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Circulaire DGS/DHOS/E2 n°645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. 13 pages.

RECOMMANDATIONS

- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (INVS), RÉSEAU D'ALERTE, D'INVESTIGATION ET DE SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES (RAISIN). Enquête

nationale de prévalence 2012 des infections nosocomiales et des traitements anti-infectieux en établissements d'hospitalisation à domicile (HAD). Protocole/Guide de l'enquêteur à l'attention des HAD. 2012. http://cclin-sudest.chu-lyon.fr/Prevalence/ENP_2012/protocole_HAD.pdf

- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Recensement des modifications contenues dans la révision d'avril 2011 du manuel de certification. 2011, 2 pages.
- AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE (ANAP). Piloter l'activité, mesurer l'efficacité. 2010. 81 pages.
- COMITÉ TECHNIQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS (CTINILS). Définition des infections associées aux soins. 2007, 11 pages.
- COMITÉ TECHNIQUE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES ET DES INFECTIONS LIÉES AUX SOINS (CTINILS). Actualisation des définitions des infections nosocomiales : rapport complet. 2006, 43 pages.

• HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (HCSP), SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. 2010. 175 pages.

POUR EN SAVOIR PLUS

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Loi HPST : <http://www.sante.gouv.fr/les-textes-d-application-de-la-loi.html>
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Les indicateurs de la qualité : <http://www.sante.gouv.fr/les-indicateurs-de-qualite-dans-les-etablissements-de-sante.html>
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE : <http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees,776/informations-pratiques,1329/les-etablissements-et-services,853/contrats-pluriannuels-d-objectifs,6998.html>
- AGENCE NATIONALE D'APPUI À LA PERFORMANCE (ANAP) : <http://www.anap.fr>

CHAPITRE II - STRATÉGIE DE PRÉVENTION

Stratégie de la prévention du risque infectieux

- L'organisation de la prévention du risque infectieux en HAD doit répondre aux obligations réglementaires de tout établissement de santé.
- L'équipe opérationnelle d'hygiène (praticien ET infirmier) est la structure experte de la prévention du risque infectieux. Elle peut être mutualisée avec d'autres structures dans le cadre d'équipes interétablissements.
- L'équipe opérationnelle d'hygiène, en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques :
 - assiste la commission ou conférence médicale d'établissement dans la proposition des actions de lutte contre les infections nosocomiales et dans l'élaboration des indicateurs de suivi,
 - veille à la mise en œuvre du programme de lutte contre les infections nosocomiales,
 - établit un bilan annuel des activités de lutte,
 - détermine les indicateurs pertinents en vue de l'évaluation de son programme interne d'actions.
- Le plan d'action pour la maîtrise du risque infectieux associé aux soins repose sur :
 - des protocoles prioritaires mis à disposition de l'ensemble des professionnels salariés et libéraux concernés, incluant la contribution à des actions visant la maîtrise de la résistance bactérienne aux antibiotiques,
 - des actions de formation et d'information destinées à l'ensemble des professionnels soignants et aidants,
 - la surveillance comprenant la réalisation d'enquêtes de prévalence et/ou d'incidence des infections les plus fréquentes,
 - l'évaluation des pratiques dont la méthodologie sera adaptée à la structure et à ses moyens,
 - le signalement externe des IAS *via* le dispositif électronique e-SIN (réglementaire).
- Le volet « Lutte contre les infections nosocomiales » du plan d'action s'articule avec les autres domaines du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, contribuant à développer une culture de la sécurité au sein de l'HAD.

Hygiène et organisation des soins

Mots-clés Tenue professionnelle – Précautions standard – Précautions complémentaires – Ergonomie – Environnement.

Objectif Décrire l'organisation des soins et les mesures d'hygiène à mettre en œuvre dans le cadre de la prise en charge à domicile.

Les modalités de réalisation des actes techniques effectués au domicile du patient par le personnel des HAD ne seront pas abordées dans ce guide car elles ne sont pas différentes de celles pratiquées dans les établissements de santé. Il conviendra donc de consulter les référentiels existants.

Introduction

S'il existe un domaine dans lequel les soins réalisés au cours d'une hospitalisation à domicile diffèrent considérablement de la prise en charge de l'hôpital avec hébergement, c'est surtout celui de l'organisation et l'ergonomie des soins.

Historiquement, les règles appliquées en milieu hospitalier découlent d'une préoccupation de base qui a été et reste le respect des règles d'hygiène afin de réduire le risque de contracter et de transmettre des infections associées aux soins. Ces règles sont également prises en compte lors de la conception architecturale des hôpitaux. En HAD, c'est à l'équipe soignante de s'adapter à un espace et à une architecture qui n'ont pas été conçus ni adaptés pour l'organisation des soins à l'intérieur du domicile du patient.

De ce fait, il ne peut exister de situation standard bien que des critères minimums puissent en théorie être les garants d'une qualité en termes de surface, d'agencement des pièces de vie et des sanitaires. En pratique, ces critères ne font pas l'objet d'un consensus et l'évaluation initiale au domicile n'est pas toujours réalisée.

Plusieurs sortes de difficultés peuvent être rencontrées, liées aux conditions d'hébergement : surfaces trop petites, mal agencées, accès difficile, mauvais entretien des locaux, installations électriques ou circuit d'eau mal adaptés, absence ou insuffisance de chauffage, vétusté des sanitaires, présence d'animaux ou parfois de nuisibles...

Un autre facteur important qui accentue également cette

différence est déterminé par le contexte familial, social, culturel et parfois religieux à travers le respect nécessaire des différents rites et coutumes. Il est important de prendre en compte l'environnement familial puisque dans la majorité des cas, un membre de la famille, un proche ou un aidant participera à la toilette, à la surveillance du patient et éventuellement aux soins.

Toutes ces contraintes peuvent rendre plus difficile et plus longue la réalisation des soins, en particulier s'ils sont effectués par une personne seule. L'organisation mise en place doit toutefois tenir compte d'une aide éventuelle : famille, auxiliaire de vie sociale...

Tenue vestimentaire

La tenue des personnels dans les établissements hospitaliers est standardisée : manches courtes, tunique, pantalon...

Il n'existe pas actuellement d'argument pour imposer le port d'une tenue spécifique dès l'arrivée au domicile des patients.

La tenue vestimentaire de base sera donc la tenue civile, propre, à manches courtes. Les cheveux sont relevés, attachés, les ongles sont courts sans vernis, ni faux ongles, les avant-bras nus, mains et avant-bras sans bijou (ni montre, ni alliance).

Si les conditions d'hygiène de l'environnement semblent déficientes, il conviendra lors des soins de protéger systé-

matiquement la tenue civile par une surblouse (dans certains cas à manches longues et poignets serrés) et/ou un tablier imperméable.

La tenue de protection s'adapte au niveau de risque de l'acte de soin

TENUE LORS DES SOINS D'HYGIÈNE ET DE CONFORT

La tenue civile sera protégée par un tablier plastique à usage unique, dans le cadre des précautions standard, lors des soins mouillants ou des actes exposant à des liquides biologiques ou aux muqueuses du patient (par exemple, la toilette).

TENUE LORS DES ACTES NON INVASIFS

Il n'est pas recommandé le port d'une tenue spécifique pour les actes non invasifs tels que la prise de constantes, l'administration des médicaments...

TENUE LORS DES SOINS TECHNIQUES

Le port d'une protection spécifique de type tablier plastique à usage unique (UU) ou éventuellement surblouse sera adapté aux types de risque.

La tenue civile sera donc protégée par un tablier plastique à UU ou une surblouse à UU, selon les recommandations professionnelles, dans le cadre :

- des précautions standard (risque de projection de liquide biologique),
- du risque chimique (manipulation de cytotoxiques),
- du risque infectieux (manipulation de voie veineuse centrale...).

TENUE DANS LE CADRE DES PRÉCAUTIONS COMPLÉMENTAIRES D'HYGIÈNE

Lors de pathologies infectieuses spécifiques ou de colonisations par certains microorganismes, le port d'une tenue de protection (tablier voire surblouse à usage unique) peut être préconisé.

Mise en œuvre des précautions standard

Dès lors qu'il existe un risque de contact ou de projection avec du sang, des liquides biologiques, des sécrétions ou excréments et pour tout contact avec une peau lésée ou une muqueuse, les précautions standard doivent être appliquées. Elles sont mises en œuvre quel que soit le statut infectieux du patient, afin d'assurer une protection systématique des patients et des personnels de santé, vis-à-vis

des risques infectieux associés aux soins comme dans les établissements de santé avec hébergement (**Tableau I**).

En HAD, **tout intervenant doit connaître les précautions standard** (en particulier les recommandations concernant l'hygiène des mains) :

- les intervenants externes (kinésithérapeute, infirmier libéral, aide-ménagère, auxiliaire de vie, médecin traitant et prestataires de service),
- les familles participant aux soins.

Il est fortement recommandé de favoriser l'implication des patients et de leur famille.

Ceci peut être réalisé par la mise à disposition de la famille d'une plaquette sur les précautions standard avec au recto celles appliquées par le personnel, et au verso des informations à destination des aidants.

Afin de limiter la transmission des virus et agents pathogènes des voies respiratoires en période saisonnière, ces précautions standard doivent être complétées par des **gestes barrières** (« *cough etiquette* » du CDC (*Centers for disease control and prevention*)) reprise par les campagnes INPES « grippe et virus respiratoires » si le soignant ou l'intervenant est lui-même fébrile, touse ou éternue, insistant sur l'hygiène des mains systématique, l'utilisation de mouchoirs jetables à usage unique et le port de masque.

Les précautions complémentaires d'hygiène

Il n'existe pas de consensus sur les indications de la mise en œuvre des précautions complémentaires à domicile. Néanmoins, certaines situations qui font l'objet de recommandations nationales nécessitent leur mise en place.

De la même façon qu'en hospitalisation avec hébergement, l'information de la mise en place de PCH doit être diffusée au patient et à tous les intervenants, y compris ceux extérieurs à l'HAD et dans tous les documents les accompagnant lors d'hospitalisations, de consultations. La chaîne de transmission de l'information ne doit pas être interrompue. Cette information doit être tracée dans le dossier du patient, à domicile et dans le dossier administratif au siège de l'HAD. L'isolement géographique est réalisé du fait du domicile.

La présence de patients porteurs de bactéries multirésistantes aux antibiotiques (BMR) au domicile est fréquente. Il est généralement reconnu que cette situation ne relève pas de la mise en place systématique de PCH, on s'attachera au **respect strict des PS** et à l'**information** des professionnels, des patients et de l'entourage.

Tableau I - Précautions standard et spécificités d'application en HAD.

Précautions standard selon les circulaires du 20 avril 1998 et du 13 mars 2008		Évolution des recommandations et applications en HAD
<p>Hygiène des mains</p> <p>Lavage et/ou désinfection par solution hydroalcoolique des mains</p>	<p><i>Systématiquement entre deux patients, deux activités.</i></p> <p><i>Immédiatement en cas de contact avec des liquides potentiellement contaminants.</i></p> <p>Ces préconisations sont complétées par les recommandations OMS 2010</p> <p>Les 5 indications de l'hygiène des mains au cours des soins :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- avant de toucher un patient, 2- avant un geste aseptique, 3- après un risque d'exposition à un liquide biologique, 4- après avoir touché un patient, 5- après avoir touché l'environnement d'un patient. 	<p>Recommandations SFHH 2009 (transmission croisée)</p> <p>R9 : il est fortement recommandé de préconiser le recours à la FHA [...] dans tous les lieux où sont réalisés des soins dont le domicile... et par tous les professionnels de santé, pour les prestataires internes et externes des structures d'hospitalisation ou d'hébergement, bénévoles et aux professionnels (aide-ménagère, auxiliaire de vie...) et pour les visiteurs et la famille lorsqu'ils participent (sont associés) aux soins.</p> <p>R11 : lors des soins pratiqués en tenue civile, il est fortement recommandé de garder les avant-bras dégagés (en dehors des soins à risque de projection) (AF**).</p> <p>R18 : il est fortement recommandé que l'accès aux PHA soit adapté aux différentes situations, avec mise à disposition de flacon poche pour [...] les visites et soins à domicile.</p> <p>R23 : il est fortement recommandé de favoriser l'implication des patients et des familles afin de promouvoir l'hygiène des mains au cours des soins.</p> <p>Préconisations du groupe de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les PHA sous forme de flacon pompe sont laissés au domicile, sauf si leur mise à disposition représente un danger. Le savon doux liquide est fourni par l'HAD (ou par le patient/famille) et laissé au domicile sous réserve de respect des règles d'utilisation : pas de transvasement, respect de l'UU. • Les essuie-mains à UU sont à privilégier. • Une serviette propre changée tous les jours et fournie par le patient/entourage est possible.
<p>Port de gants</p> <p>Les gants doivent être changés entre deux patients, deux activités</p>	<p>Si risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, les muqueuses ou la peau lésée du patient, notamment à l'occasion de soins à risque de piqûre et lors de la manipulation de tubes de prélèvements biologiques, linge et matériels souillés...</p> <p>Systématiquement lors des soins, lorsque les mains du soignant comportent des lésions.</p>	<p>Préconisations du groupe de travail</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mise à disposition de gants non poudrés. • Éducation du patient et/ou des aidants qui participent aux soins sur : <ul style="list-style-type: none"> - les indications du port de gants, - l'hygiène des mains avant et après le port de gants, - le non-déconditionnement des gants. • Les boîtes de gants ouvertes sont stockées au domicile dans des conditions préservant leur intégrité et leur absence de contamination.
<p>Port de lunettes, masques et surblouses</p>	<p>Si les soins ou manipulations exposent à un risque de projection ou d'aérosolisation de sang, ou de tout autre produit d'origine humaine (intubation, aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie...).</p>	<p>Recommandations SFHH 2009</p> <p>R27 : il est fortement recommandé de changer la protection de la tenue (AF) en fin d'une séquence de soins. Il est fortement recommandé de ne pas utiliser de surblouse réutilisable.</p> <p>R24 : ...il est fortement recommandé au soignant de systématiquement porter un masque antiprojection avec lunettes de sécurité ou masque visière lors des soins avec risque de projection de sang, de liquide biologique (AF). Il en va de même pour les visiteurs lorsqu'ils sont impliqués dans les soins (AF).</p> <p>R25 : lorsqu'un patient présente une toux supposée d'origine infectieuse, il est fortement recommandé de lui faire porter un masque chirurgical : (AF)... dans une situation de soins à domicile lorsqu'il est proche (moins d'un mètre) d'autres personnes non protégées par un masque adapté.</p>

* Société française d'hygiène hospitalière. *Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact*. Consensus formalisé d'expert. 2009.

** AF = accord fort.

Précautions standard selon les circulaires du 20 avril 1998 et du 13 mars 2008		Évolution des recommandations et applications en HAD
Matériel souillé	Matériel piquant/tranchant à usage unique : ne pas recapuchonner les aiguilles, ne pas les désadapter à la main, déposer immédiatement après usage sans manipulation dans un conteneur adapté, situé au plus près du soin et dont le niveau maximal de remplissage est vérifié. Matériel réutilisable : manipuler avec précautions ce matériel souillé par du sang ou tout autre produit d'origine humaine.	Préconisations du groupe de travail <ul style="list-style-type: none"> Le collecteur à OPCT est laissé au domicile, hors de portée des enfants, avec une fermeture provisoire. L'entourage est informé afin d'éviter tout accident. Choix du collecteur : stable si pas de fixation possible. Une attention particulière est apportée à la fermeture provisoire qui doit être aisée.
Surfaces souillées	Nettoyer puis désinfecter avec de l'eau de javel à 9° diluée extemporanément au 1/5° avec de l'eau froide (ou tout autre désinfectant approprié) les surfaces souillées par des projections de sang, ou tout autre produit d'origine humaine.	Préconisations du groupe de travail <ul style="list-style-type: none"> Des lingettes imprégnées ou un produit détergent-désinfectant prêt à l'emploi sont à privilégier.
Transport du linge et des matériels souillés	Le linge et les instruments souillés par du sang ou tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage fermé étanche.	Préconisations du groupe de travail <ul style="list-style-type: none"> L'entretien du linge est effectué par les proches ou les aidants. Autant que possible, on s'attachera à privilégier l'usage unique et le matériel dédié pendant le séjour (stéthoscope, brassard à tension...). Les instruments souillés sont nettoyés/désinfectés avant leur transport selon le protocole de l'HAD.
Transport des prélèvements biologiques	Les prélèvements biologiques doivent être évacués du service dans un emballage étanche fermé.	Préconisations du groupe de travail <ul style="list-style-type: none"> L'emballage (triple) est fourni par le laboratoire ou mis à disposition par l'HAD en cas d'urgence. Le transport est sous la responsabilité du laboratoire. L'acheminement est réalisé souvent par les infirmiers.
En cas de contact avec du sang ou des liquides biologiques	Après piqûre, blessure : lavage et antiseptie au niveau de la plaie. Après projection sur muqueuse (conjonctive) : rinçage abondant.	Préconisations du groupe de travail Une attention particulière est apportée au fait d'avoir à disposition en permanence dans la mallette ou au domicile un "kit AES" afin de pouvoir effectuer les premiers soins.

En collectivité (EHPAD par exemple), une concertation entre la structure et l'HAD est nécessaire.

Il n'existe pas de recommandation de stratégie de dépis-tage.

Lorsque des précautions complémentaires sont mises en œuvre, elles seront adaptées au microorganisme concerné et à son (ou ses) mode(s) de transmission (contact, goutte-lettes, air).

Les précautions complémentaires contact

Leur objectif est d'éviter la transmission de certains microor-ganismes transmis selon un mode contact, et pour lesquels les précautions standard ne sont pas suffisantes.

En pratique en HAD, les indications sont limitées à certains **microorganismes dits « émergents »** (entérocoque résis-tant aux glycopeptides, entérobactérie productrice de car-bapénémase) et certaines pathologies. Par exemple, dans le

cas d'infection à *Clostridium difficile* et de gale, il est recom-mandé d'utiliser pour les soins directs une tenue de protec-tion avec tablier ou surblouse à usage unique et des gants.

Les précautions complémentaires gouttelettes

Leur objectif est d'éviter la transmission par le biais de gout-telettes de dimension supérieure à 5 µ (salive ou sécrétions respiratoires supérieures) émises en particulier en cas de grippe, coqueluche, infections respiratoires.

Les mesures de prévention reposent essentiellement sur le port d'un **masque chirurgical** (appelé aussi masque de soin) pour le personnel, les aidants, les intervenants autour du lit du malade (< 1 m). Si le patient doit se déplacer, il por-tera un masque chirurgical afin de protéger l'entourage.

Les précautions complémentaires air

Leur objectif est d'éviter la transmission aéroportée de

certaines microorganismes par le biais de fines particules de dimensions inférieure à 5 µ (*Droplet nuclei*, poussières) émises en cas de tuberculose ou rougeole par exemple.

Il est très difficile de mettre en œuvre les précautions complémentaires « air à domicile », le patient est en général transféré (tuberculose).

Le cas échéant, le patient doit rester dans sa chambre, porte fermée, la chambre sera fréquemment aérée.

Tous les intervenants, l'entourage, devront porter un appareil de protection respiratoire (au minimum type FFP1 ou FFP2 [*Filtering Face Piece*]).

L'isolement protecteur

L'isolement protecteur a pour but d'éviter la transmission d'agents potentiellement infectieux, provenant de l'environnement, des personnels et des autres patients, à des patients fortement immunodéprimés.

L'isolement protecteur tel qu'il est mis en œuvre en hospitalisation avec hébergement ne peut être appliqué au domicile. Dans les situations d'immunodépression modérée, les précautions standard suffisent. Néanmoins, dans certaines situations, quelques règles d'hygiène peuvent être rappelées au patient et à sa famille (purge préalable de la douche, maintien si possible de l'eau chaude sanitaire à une température comprise entre 50 et 60 °C, éviter les travaux générateurs de poussière, éviter les visites de personnes potentiellement contagieuses...). Des conseils peuvent être également donnés par le service hospitalier, ou par une diététicienne pour les précautions liées à l'alimentation.

Environnement et ergonomie du soin

Même si le retour du patient à son domicile peut bouleverser la vie familiale, très vite les habitudes de vie de la famille peuvent reprendre. Il convient de donner des règles minimales d'hygiène qui doivent être respectées par tous, y compris les enfants. Il en est de même en cas de présence d'animaux.

Les dispositifs médicaux présents dans l'environnement du patient (adaptable, mât à sérum, pompe de nutrition...) sont entretenus **par les intervenants professionnels** de l'HAD, au moins une fois par jour et immédiatement s'ils sont souillés par un liquide biologique.

L'hygiène du patient

En dehors de l'aspect purement structurel du domicile et des conditions environnementales, l'hygiène corporelle du patient pose à elle seule un problème important pour les

soignants. Pour ces soins très personnalisés, touchant à l'intimité, il est fortement recommandé de respecter la pudeur ainsi que les habitudes ou coutumes du patient.

Deux types de patients sont concernés :

- les patients nécessitant des soins les plus lourds, généralement grabataires, pour lesquels chaque jour de la prise en charge un soignant peut être aidé par un proche du patient qui est mis à contribution ou, quand cela est possible, par une auxiliaire de vie sociale qui participera à la mobilisation et la toilette elle-même. Ces patients, difficilement mobilisables, nécessitent des systèmes d'aide au lever ainsi que d'aide à la douche ou au bain. Ces équipements sont mis à disposition au domicile pendant la durée de la prise en charge pour faciliter et améliorer la qualité de la toilette. On ne doit jamais oublier que le personnel au domicile travaille seul, avec une aide éventuelle,
- les patients plus mobiles, disposant d'une relative autonomie, pour lesquels le professionnel veille à la propreté et assure en tant que de besoin le reste de la toilette.

Entretien du linge, de la vaisselle et des locaux

Linge

Contrairement à l'hospitalisation avec hébergement, l'HAD ne prend pas en charge le linge du patient. **Il n'y a pas lieu de mettre en œuvre des mesures particulières pour la gestion du linge** du patient sauf en cas de gale où des conseils spécifiques de prise en charge seront donnés à la famille. On s'assurera d'un changement régulier et aussi souvent que nécessaire de la literie, du linge de toilette et des effets personnels du patient.

Locaux

Dans la mesure du possible, il faut choisir et aménager la pièce du domicile qui conviendra le mieux à une prise en charge optimale du patient, surtout s'il est alité. Cette pièce devra avoir un accès aisé aux sanitaires (WC, douche ou baignoire), être éloignée de pièces trop bruyantes ou trop passantes, éventuellement aussi de la cuisine. On privilégiera un espace sans moquette au sol ni murale, facilement nettoyable. Une pièce encombrée et contenant trop de mobilier ne facilitera pas l'entretien. Pour les soignants qui interviennent, l'accès au lit doit être facile. **Des conseils doivent être donnés aux familles pour un nettoyage efficace du lieu de vie**, parfois à l'encontre de leurs habitudes. Dans certains cas, une auxiliaire de vie sociale peut intervenir, en fonction de certains critères sociaux tels qu'un aidant âgé, handicapé, peu disponible...

Vaisselle

En dehors de règles élémentaires d'hygiène, **aucune précaution particulière n'est à prendre.**

Il est recommandé de mettre à disposition des patients et de leur famille une **plaquette d'information** reprenant les mesures essentielles de la gestion de l'environnement au quotidien.

Ergonomie

L'ergonomie du soin est importante à anticiper et organiser. Il est nécessaire de travailler au calme en évitant autant que possible lors des soins à risque la présence des enfants et d'autres membres de la famille (à l'exclusion de celui participant aux soins).

Une table type adaptable, facilement nettoyable, sera privilégiée pour poser le matériel. Si cela n'est pas possible, une autre surface sera choisie en fonction de sa facilité à être nettoyée.

Dans la mesure du possible, afin de simplifier le travail des soignants et pour faciliter l'application des mesures d'hygiène, il est important que la surface disponible autour du patient soit suffisante. Il est souhaitable que celle-ci soit à peu près identique à la surface de circulation d'une chambre d'hospitalisation avec hébergement.

L'exiguïté de certains logements et les différences d'aménagements des appartements ou des maisons rendent parfois difficile la réalisation d'un acte soignant modélisé. Il convient de disposer de sets « prêts à l'emploi » afin d'éviter les pertes de temps, les ruptures de soins et d'asepsie.

La religion et les coutumes

Afin de ne pas blesser ou choquer le malade ainsi que sa famille, les personnels soignants et les auxiliaires ménagères doivent être formés au respect des croyances et coutumes de chacun. C'est le cas par exemple, lors de la toilette intime ou plus particulièrement dans la toilette mortuaire, où il est indispensable de respecter certains rites (annexe I). Plus généralement, et même en dehors du respect des religions et des coutumes, il est important d'essayer de s'adapter aux désirs et au mode de vie du patient et de son entourage. Ceci d'autant plus que, bien que le patient soit considéré comme hospitalisé, il reste néanmoins chez lui dans son domicile privé. Ce qu'il est prêt à accepter dans un hôpital peut ne plus l'être dans son lieu de vie.

Pour cela, et au préalable à chaque prise en charge au domicile, une évaluation des conditions de vie du patient et de ses capacités à être pris en charge en HAD est conduite. Malheureusement, dans certains cas, la réalité s'avère bien différente de ce qui avait été envisagé sans pour autant remettre en question la décision d'une hospitalisation au domicile.

Les soins respiratoires

La réalisation de soins respiratoires à domicile nécessite l'intervention de multiples prestataires, ce qui rend parfois difficile l'harmonisation des procédures. Au terme de la prise en charge par l'HAD, s'il y a continuité des soins tels que l'oxygénothérapie, l'aérosolthérapie, les aspirations trachéales..., ceux-ci pourront être poursuivis par le même prestataire, dans des conditions qui pourraient être différentes de celles préconisées par l'HAD, avec par exemple le remboursement par la Sécurité sociale d'une seule sonde d'aspiration par jour.

Néanmoins, **l'HAD doit respecter la réglementation et les recommandations en vigueur** pour les établissements de santé, en particulier quant à l'**usage d'eau stérile** (pour l'humidification et l'entretien du matériel) et de matériel à usage unique. On s'attachera donc à ce que le prestataire les respecte. À défaut, il est possible de s'affranchir des contrats LPPR (Liste des produits et prestations remboursables) en ne payant que la location du matériel et en fournissant les consommables.

Si l'HAD ne dispose pas d'une pharmacie à usage interne (PUI), tous les dispositifs médicaux peuvent être commandés directement au laboratoire.

Les antiseptiques

Les règles s'appliquant aux antiseptiques sont les mêmes à l'hôpital avec hébergement et en HAD.

En HAD, on privilégiera les **dosés unitaires** (monodose) ou les **petits conditionnements**. On s'appliquera à fournir des protocoles clairs aux libéraux intervenant au domicile.

L'utilisation des antiseptiques sera adaptée au niveau de risque de l'acte de soin : déterision préalable ou non, double application de l'antiseptique ou non (Tableau II)

Conseils d'utilisation :

- ne jamais appliquer successivement deux antiseptiques de familles différentes : en l'absence de solution moussante antiseptique de la même gamme, le nettoyage doit être réalisé avec du savon doux liquide avant de réaliser l'antiseptie au Dakin® ou à l'Amukine® ;
- utiliser un antiseptique alcoolique pour les soins sur peau saine (injection, prélèvement, cathéter, champ opératoire...) et la désinfection des bouchons de flacons médicamenteux ;
- respecter la date de péremption ;
- respecter la durée de conservation après ouverture : un mois (15 jours en l'absence de bouchon réducteur pour

la gamme iodée et 10 jours en cas d'ajout de colorant à la chlorhexidine alcoolique);

- indiquer sur le flacon la date d'ouverture;
- privilégier les doses unitaires (1 dose = 1 soin = 1 patient);
- jeter l'antiseptique conditionné en dose unitaire (dosette) après toute utilisation;
- jeter les préparations extemporanées après toute utilisation;
- déposer le bouchon côté externe lors de l'ouverture du flacon;
- ne pas toucher l'ouverture avec les doigts;
- bien refermer le flacon après manipulation;
- conserver l'antiseptique dans son flacon d'origine, ne pas transvaser, ne pas compléter un flacon entamé;
- limiter le stockage de produits au domicile, stocker à l'abri de la chaleur;
- maintenir hors de la portée des enfants.

Bibliographie

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Circulaire DH/S12-DGS/VS3 n°554 du 1^{er} septembre 1998 relative à la collecte des objets tranchants souillés. 4 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Circulaire interministérielle DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS n° 2008-91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). 12 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Circulaire DGS/DH n° 98-249 du 20 avril 1998

relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé. 13 pages.

GUIDES ET RECOMMANDATIONS

- HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE (HCSP), Société française d'hygiène hospitalière (SFHH). Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. 2010. 175 pages.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). Résumé des recommandations de l'OMS pour l'hygiène des mains au cours des soins. 2010. 68 p.
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Recommandations pour l'hygiène des mains. 2010. 102 pages.
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Prévention de la transmission croisée : précautions contact. 2009. 60 pages.
- CENTRE DE COORDINATION DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCLIN) SUD-EST. Les tenues professionnelles en établissement de santé. 2008. 64 pages.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ (HAS). Élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et des usagers du système de santé. 2008. 45 pages.
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Guide de bonnes pratiques de l'antisepsie chez l'enfant. 2007. 48 pages.
- CENTRE DE COORDINATION DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCLIN) OUEST. Hygiène des soins infirmiers en ambulatoire. 2002. 108 pages.
- CENTRE DE COORDINATION DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCLIN) SUD-OUEST. Le bon usage des antiseptiques. 2001. 58 pages.
- CENTRE DE COORDINATION DE LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCLIN) PARIS-NORD. Antiseptiques et désinfectants. 2000. 87 pages.

POUR EN SAVOIR PLUS

- INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS). Guide Efficat : <http://www.inrs.fr/accueil/produits/bdd/eficat.html>
- INSTITUT NATIONAL DE PRÉVENTION ET D'ÉDUCATION POUR LA SANTÉ (INPES) <http://inpes.sante.fr>

Tableau II - Antisepsie de la peau saine et des muqueuses chez l'adulte en HAD.

Principaux actes pratiqués en HAD	Technique
<ul style="list-style-type: none"> • Pose d'aiguille d'Huber • Pansement de voie veineuse centrale (PICC*, à émergence cutanée, tunnellisé...) • Pose de voie veineuse périphérique • Pose de cathéter sous-cutané • Hémo-culture 	<p>Antisepsie 5 temps</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Détersion avec une solution antiseptique moussante 2- Rinçage (EPPI**) 3- Séchage par tamponnement avec des compresses stériles 4- Antisepsie avec antiseptique alcoolique majeur 5- Séchage spontané à l'air libre
<ul style="list-style-type: none"> • Injections IV, IM, SC • Prélèvements sanguins • Vaccins 	<p>Antisepsie 2 temps</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Antisepsie avec un antiseptique alcoolique 2- Séchage spontané à l'air libre
<ul style="list-style-type: none"> • Pose de sonde vésicale à demeure • Sondage évacuateur intermittent stérile 	<p>Pour la toilette génito-urinaire</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Détersion au savon doux 2- Rinçage à l'eau 3- Séchage par tamponnement (compresses ou serviette propre du jour) <p>Pour l'antisepsie du méat</p> <ol style="list-style-type: none"> 4- Compresses stériles avec un antiseptique chloré ou povidone iodée dermique

* PICC: *peripheral inserted central catheter*; ** EPPI: eau pour préparation injectable.

Rappels: • toujours utiliser un savon et un antiseptique de la même gamme
• privilégier le conditionnement en monodose

Chez l'enfant: utiliser un antiseptique adapté à l'âge de l'enfant (cf. *Guide des bonnes pratiques de l'antisepsie chez l'enfant* - SF2H 2007)

CHAPITRE III - ORGANISATION DES SOINS

Hygiène et organisation des soins

- Les soins réalisés en HAD, répondent aux mêmes protocoles que ceux effectués en établissements de santé avec hébergement.
- Leur réalisation demande à l'équipe soignante de s'adapter à un espace et à une architecture propre à chaque domicile. L'ergonomie du soin est importante à anticiper et organiser : travailler au calme en évitant autant que possible lors des soins à risque la présence d'enfants et d'autres membres de la famille.
- L'équipe soignante doit prendre en compte l'environnement familial : un membre de la famille, un proche ou un aidant participe souvent aux soins.
- La tenue vestimentaire de base est la tenue civile, propre, à manches courtes.
- La tenue de protection s'adapte au niveau de risque de l'acte de soin.
- Tous les intervenants doivent connaître les précautions standard (en particulier les recommandations concernant l'hygiène des mains) : médecin libéral, kinésithérapeute, infirmier libéral, aide-ménagère, auxiliaire de vie sociale, prestataire de service, famille participant aux soins.
- Il n'existe pas de consensus sur les indications de la mise en œuvre des précautions complémentaires à domicile. Néanmoins, certaines situations qui font l'objet de recommandations nationales nécessitent leur mise en place.
- L'isolement protecteur ne peut être appliqué au domicile. Dans les situations d'immunodépression modérée, les précautions standard suffisent.
- Pour les soins respiratoires, l'HAD doit respecter la réglementation et les recommandations en vigueur, en particulier quant à l'usage d'eau stérile et de matériel à usage unique. Le prestataire doit les respecter.
- Les règles s'appliquant aux antiseptiques sont les mêmes à l'hôpital avec hébergement et en HAD. On privilégie les monodoses ou les petits conditionnements.
- Des protocoles sont transmis aux libéraux intervenant au domicile.

Liste des annonceurs

Anios (p. 2) – Carefusion (2^e de couv.) – Cooper (4^e de couv.) – Gifrer (p. 12) – Gilbert (p. 72) – Gojo (p. 8) – Solvirex (p. 16)
Le lien (p. 32) – THX (pp. 56 & 67) – Health & co (p. 62 & 3^e de couv.)

Annexe I

Rites mortuaires

Toilette mortuaire

Préambule

Les premiers soins au corps peuvent être réalisés par des soignants. Il est donc essentiel de connaître les préceptes des principales religions pour accompagner les patients jusqu'à leur dernière demeure sans heurt avec leur famille, sans risque de profanation ou vécu comme tel. Il est donc important de connaître les convictions religieuses du patient afin de prévoir et respecter ces derniers soins avant de passer le relais.

- vérifier le constat de décès,
- s'enquérir des souhaits religieux du défunt et de son entourage en abordant le rôle des pompes funèbres.

Déroulement du soin lors de la toilette mortuaire

- accepter la participation de la famille si elle le souhaite,
- retirer les matériels de soins (cathéters extériorisés, drains, sondes...) s'ils existent,
- respecter les souhaits religieux du défunt et de la famille,
- habiller le défunt conformément aux souhaits de la famille,
- voir avec la famille si elle souhaite laisser bijoux et alliance sur le corps,
- arrêter le chauffage si besoin,
- ouvrir la fenêtre ou bien tirer les rideaux et laisser la pièce dans la pénombre selon les souhaits et rites du défunt et de ses proches.

Une personne défunte peut rester durant six jours au domicile¹. Les dimanches et jours fériés ne sont pas compris dans le calcul de ces délais.

Bouddhisme²

Lors de la toilette mortuaire, le corps est lavé à l'eau parfumée, chaude puis froide. Les pieds sont tournés vers l'ouest. Le défunt est revêtu d'un habit blanc et recouvert d'un drap blanc. La tête est maintenue droite, plutôt fléchie sur la poitrine. Les bras sont allongés le long du corps, les paumes des mains tournées vers le bas ou l'une sur l'autre au niveau de l'abdomen.

Christianisme²

Lorsque le décès est pressenti, à la demande du patient ou de ses proches, le ministre du culte peut être appelé à son chevet. Après le décès, les doigts sont croisés chez le catholique. Un chapelet ou une croix pourra y être déposé. Le défunt est allongé sur le dos, le visage reste découvert.

Pour le protestant, le croisement des doigts n'est pas une obligation.

Pour l'orthodoxe, les mains sont croisées sur la poitrine, la main droite sur le dessus de manière à faire le signe de croix le jour venu de la résurrection. Une icône peut être déposée entre les mains et la base du cou. Le visage et le corps restent découverts.

Indouisme²

On asperge le sol d'eau et d'herbes sacrées. Pour faciliter le voyage du défunt, la fenêtre est laissée ouverte. Les bras sont allongés le long du corps. Celui-ci et la tête sont recouverts. Seule sa famille pourra le toucher jusqu'à la crémation.

Islam²

La toilette rituelle et la préparation du corps sont effectuées par la famille qui fait appel à l'autorité islamique.

Les proches ou un imam se chargent de l'accompagnement spirituel. L'Islam demande calme et respect du défunt sans manifestation exagérée d'affliction. Quand le dernier souffle s'est échappé du corps, les hommes lisent les versets coraniques. Bijoux et prothèses sont enlevés. Un homme ferme les yeux et la bouche. Le corps et le visage sont recouverts d'un drap.

Judaïsme²

Lorsque le décès est pressenti, il faut éviter tout contact physique inutile et actes pouvant hâter la mort.

La toilette rituelle est faite par des religieux en dehors de la présence de la famille. Le fils aîné, ou à défaut un homme, ferme les yeux et la bouche. Enlever appareillage, bijoux et prothèse et laisser le corps tel quel jusqu'à l'arrivée d'un religieux. Le visage et le corps sont recouverts d'un drap. Le corps est à plat, les bras le long du corps.

1- Code général des collectivités territoriales (art. R.2213-33 et R.2213-35).

2- Lévy I. In: *Mémento pratique des rites et religions à l'usage des soignants*. Estem, 2006.

Logistique

Mots-clés Locaux – Organisation – Stockage – Transport – Dispositif médical – Désinfection – Médicament – Matériel de location.

Objectifs Répertorier les dispositifs médicaux (DM) stériles et non stériles mis à disposition au domicile des patients en HAD :

- fournis par l'HAD,
- fournis par les prestataires de service.

Décrire les modalités de gestion des dispositifs médicaux stériles et non stériles ainsi que la gestion des produits médicamenteux dans toute la filière de prise en charge en HAD.

Logistique au sein de la structure

L'élément structurant logistique est la mise en place d'une organisation de type « **marche en avant** ». Ce type d'organisation doit être présent à tous les niveaux de la logistique. Les principaux éléments rapportés dans ce chapitre font référence aux *Bonnes pratiques de pharmacie hospitalière*, texte de référence pour les HAD ayant une pharmacie à usage intérieur (PUI) pour la gestion de leurs médicaments et/ou de leurs DM stériles et/ou non stériles.

Ce référentiel peut servir également aux HAD ne disposant pas d'une PUI.

Les DM gérés par les HAD peuvent être variables : DM stériles utilisés couramment en perfusion, en urologie ; articles de pansements, antiseptiques (pourtant considérés comme des médicaments), sets de soins, accessoires de stomathérapie. La gestion des produits de nutrition entérale est aussi possible.

Les locaux

Les locaux sont conçus, construits, adaptés et entretenus de façon à convenir à chacune des activités de dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles et non stériles.

Leur conception, leur plan, leur surface, leur agencement et leur utilisation permettent d'assurer dans les meilleures conditions la **préparation, le stockage, la circulation et la conservation** des produits préparés.

L'isolation, l'éclairage, la température, l'hygrométrie et la ventilation des locaux sont appropriés afin d'assurer une bonne conservation et la protection des médicaments, des dispositifs médicaux stériles et non stériles, ainsi que des bonnes conditions de travail pour le personnel.

Les sols, murs, plafonds et autres surfaces apparentes sont conçus pour permettre un nettoyage aisé.

Les locaux ne permettent pas l'entrée d'insectes, ni d'animaux. Le contrôle des animaux nuisibles (prévention et suivi) est organisé, par le biais d'un contrat avec une société spécialisée.

Des mesures sont prises en vue de contrôler l'entrée des personnes, les locaux disposent d'une protection efficace contre tout risque d'effraction.

Ils sont implantés de manière à permettre la mise en place de la « marche en avant » et définissent ainsi trois zones distinctes :

- une zone « d'arrivée », lieu de réception de tous les flux extérieurs : fournisseurs extérieurs, retours « matériel patients »,
- une zone de stockage,
- une zone de « départ » : zone d'attente de tous les colis prêts à être livrés.

La zone d'arrivée

Elle doit être organisée de façon à séparer :

le flux dit « propre » : colis issus des fournisseurs extérieurs, cette zone est également appelée zone de « quarantaine », ces produits sont considérés comme en « attente » de reconnaissance et de réception avant de rentrer réellement dans les stocks,

le flux dit « sale » : colis et contenants divers issus des retours des patients, les containers de déchets et poubelles utilisés pour le tri de ces retours.

Cette séparation peut être simplement réalisée par un mar-

quage au sol afin d'éviter de cloisonner des espaces dans lesquels il est souvent observé la manutention de gros volumes. Dans cette zone, va également être réceptionné le matériel médical réutilisable, qui doit être désinfecté. Ce traitement de surface doit être réalisé dans un espace dédié à cette activité, équipé d'un point d'eau, de surfaces de travail adaptées et entretenues au travers de protocoles définis. Le matériel est nettoyé et désinfecté à l'aide de produits **détergents désinfectants** respectant l'environnement. Le choix du produit est laissé à l'appréciation de chaque établissement :

- solution à diluer,
- solution prête à l'emploi en privilégiant les sprays moussants,
- lingettes pré-imprégnées.

Enfin ce matériel désinfecté doit être contrôlé, conditionné (emballage dans un film plastique) et stocké dans une zone « propre », proche de la zone de départ ou des zones de stockage des DM.

Pour les structures qui choisissent de conditionner les DM stériles et non stériles dans **des contenants réutilisables** (caisse de transport, armoire de stockage au domicile), la zone de nettoyage doit être suffisamment vaste pour effectuer toutes les opérations de désinfection appropriées. Pour les très gros volumes, il est possible d'utiliser des nettoyeurs vapeur.

La récupération du matériel stérile non utilisé au domicile des patients est possible, à condition qu'il ne soit pas déconditionné et qu'il soit en parfait état.

Le tri du matériel revenant de chez les patients nécessite **des équipements de protection individuelle** pour le personnel (blouses à usage unique, gants renforcés) et la mise à disposition d'un **collecteur d'objets piquants coupants tranchants** à proximité immédiate.

Le stockage

Les locaux de stockage sont situés, dans la mesure du possible, dans la continuité immédiate de la zone d'arrivée ou de réception, ainsi que de la zone de préparation des commandes.

Ils sont organisés en plusieurs secteurs spécialisés en fonction de la nature des produits détenus.

Réglementairement, le stockage des solutés hydroalcooliques ne doit pas excéder trois litres si les locaux ne sont pas adaptés (en ventilation et température).

Les DM stériles sont souvent fragiles. Leur emballage est spécifique et doit faire l'objet d'une grande attention pour éviter la perte de l'état stérile. Ils doivent être stockés sur des étagères de volume suffisant pour permettre de les conserver dans leur emballage secondaire.

Les textes officiels concernant le double emballage ne sont pas encore disponibles. Cependant, le déconditionnement des DM de leur emballage secondaire d'origine (celui du fournisseur) pour les reconditionner dans des emballages plus propices à la dispensation, notamment en termes de quantité semble pertinent et possible. Le principal étant de conserver intègre **l'emballage primaire**.

Des étagères ou modes de stockage spécifiques doivent être mises en œuvre pour les objets de forme particulière (ex : sondes).

Les cartons entamés doivent être **refermés ou protégés**.

Pour faciliter l'utilisation et améliorer la conservation des unités stériles de petites tailles, on peut envisager :

- leur reconditionnement dans un suremballage en une quantité prédéfinie ce qui facilite également la dispensation,
- l'utilisation de bac plastique ou bac carton permettant de supprimer les cartons secondaires une fois entamés.

L'entretien de la zone de stockage se fera à une fréquence adaptée à chaque local selon des protocoles validés par l'EOH.

Les prélèvements de surface de routine ne sont pas recommandés, mais des audits de bonnes pratiques peuvent être organisés.

La zone de départ

Cette zone est une zone « propre » de stockage de tous les colis en attente de livraison chez les patients. Ces livraisons vont être prises en charge soit par des salariés de la structure, soit par des prestataires extérieurs (coursiers, taxis etc.). **L'étiquetage** de ces colis doit être clair tout en respectant la confidentialité des patients (la taille des étiquettes est à optimiser).

Les contenants doivent être adaptés :

- à **la taille** des objets à conditionner : les DM stériles ne doivent pas être pliés afin de conserver leur intégrité ;
- au respect **des règles d'hygiène**, si le choix est fait de contenants réutilisables, ceux-ci doivent avoir été nettoyés avant leur réutilisation. Si les contenants retenus sont des cartons, veiller que les cartons soient correctement stockés avant leur utilisation, isolés du sol et de l'humidité ;
- au respect des **règles de transport** de médicaments et des DM : le contenu doit être non identifiable et qualifié « inviolable » : enveloppe sécurisée, pastille d'invio-labilité... ;
- au respect du **développement durable** : filière des déchets pour les cartons.

Le personnel

L'hygiène du personnel doit être adaptée aux activités déployées par celles-ci.

Il est interdit de manger, de boire, de fumer et d'introduire des denrées alimentaires ainsi que des médicaments personnels en dehors des zones prévues à cet effet, ainsi que dans les réfrigérateurs destinés au stockage des médicaments.

Il n'existe pas de tenue professionnelle spécifique pour la préparation des commandes.

Des gestes **d'hygiène des mains** seront effectués avant toute manipulation de DM stériles.

Des formations en hygiène, en particulier l'hygiène des mains, seront organisées par l'EOH.

Les transports

Transports des dispositifs médicaux et des médicaments

Les articles R.5124-36 et R.5124-48 du Code de la santé publique (CSP) stipulent qu'il faut prendre : « [...] *les mesures nécessaires pour que le transport et la livraison des médicaments et autres produits pharmaceutiques soient effectués dans des conditions garantissant leur bonne conservation, leur intégrité et leur sécurité.* »

Le transport peut être réalisé par un salarié de la structure ou par un prestataire extérieur. Ce transport reste **sous la responsabilité de la structure**.

Les véhicules

Les véhicules utilisés pour le transport du matériel vers le domicile des patients sont dédiés à cette activité.

Il existe deux types de véhicules : le véhicule de **fonction** qui est mis à disposition du salarié pour ses déplacements professionnels et personnels, le véhicule de **service** qui est accessible au salarié uniquement pour ses déplacements professionnels et doit être rapporté en fin de journée de travail.

Ils doivent être identifiés extérieurement afin de faciliter le stationnement temporaire mais ne doivent pas attirer particulièrement le regard. Certains mots sont à éviter : médicaments, etc.

Ils doivent être **compartimentés** si les activités de livraison de nouveaux colis et de ramassage de produits déjà utilisés (retour patients) sont réalisées dans le même temps.

Les véhicules doivent être **nettoyés et désinfectés** suivant des protocoles validés par la structure : nettoyage de l'habitacle et du volume de livraison.

Le véhicule doit être équipé :

- d'un « kit AES » : en cas de piqûre accidentelle du livreur chez un patient en réalisant un ramassage de colis déjà utilisés (cf. chapitre sur les risques professionnels),
- d'un conteneur DASRI ou d'un carton propre qui permet de stocker un collecteur OPCT dans le cas où le patient ne dispose que de ce dernier,
- de masques, gants, essuie-mains à UU, produit hydroalcoolique : protection du livreur en cas de casse,
- d'un kit de protection spécifique quand la situation sanitaire se présente (précautions grippe H1N1 par exemple).

Les agents de livraison

Une tenue vestimentaire correcte et adaptée doit être exigée, incluant chaussures de protection et badge d'identification. Le port d'une tenue spécifique peut être envisagé permettant ainsi une identification rapide de l'agent de livraison par le patient ou/et son entourage.

En cas de symptomatologie respiratoire, le livreur doit se protéger d'un masque, afin de ne pas contaminer un patient potentiellement fragile.

Le livreur doit **respecter les règles d'hygiène**, en particulier l'hygiène des mains en arrivant et en repartant de chez le patient. Il devra respecter les précautions complémentaires d'hygiène éventuelles au cas par cas.

Transport des examens biologiques

Il est assuré par l'infirmier ou la famille du patient, un taxi, ou le laboratoire qui effectue l'analyse.

Dans tous les cas, le transport des échantillons doit respecter des règles qui assurent l'intégrité de l'échantillon et la sécurité des personnels.

Les échantillons seront placés **sous triple emballage** :

- récipient primaire étanche contenant l'échantillon,
- emballage secondaire étanche,
- matériau absorbant placé entre récipient primaire et récipient secondaire,
- emballage extérieur résistant.

Ils seront acheminés **le plus rapidement possible** en respectant les conditions particulières de température et de conservation fixées par le laboratoire.

En théorie, le transport se fait sous la responsabilité du laboratoire. Mais la mise en œuvre est souvent complexe du fait de la multiplicité des laboratoires en HAD. Ce sont souvent les infirmiers qui emmènent les prélèvements au laboratoire, et c'est au laboratoire de fournir les contenants adaptés pour le transport. Cependant, l'HAD peut mettre à disposition des emballages adaptés en cas de prélèvements en urgence dans le respect de la réglementation ADR (l'accord européen relatif au transport international des marchandises par route).

Logistique au domicile des patients

Aucune étude concernant la transmission de germes par le biais du matériel de location fourni au domicile ne semble avoir été faite. La majorité du matériel fourni est le plus souvent du **matériel non critique**, en contact direct ou indirect avec la peau saine. Les fournisseurs de matériel sont tenus de fournir au patient du matériel propre et désinfecté. Mais le nettoyage et la désinfection du matériel au quotidien pendant le séjour du patient en hospitalisation à domicile sont rarement évoqués.

Pour le **matériel semi-critique**, en contact avec les muqueuses ou la peau lésée, la réglementation est issue des pratiques hospitalières et le matériel à **usage unique** s'est considérablement développé. Il reste la gestion de l'eau utilisée dans les appareils pour le traitement des maladies respiratoires. La réglementation qui s'applique est la réglementation hospitalière mais elle a beaucoup de mal à s'imposer au domicile.

Pour le **matériel critique**, pénétrant au contact des tissus, la réglementation est beaucoup plus dense et là aussi le matériel à **usage unique** s'est imposé.

La gestion de la logistique en HAD s'intéresse aussi aux bonnes **conditions de stockage et de conservation** des produits antiseptiques et des médicaments.

Fourniture de dispositifs médicaux non stériles réutilisables

Le matériel médical est fourni :

- soit par l'HAD,
- soit par un prestataire de services.

Pour le petit matériel appartenant à l'HAD, le nettoyage et la désinfection se font entre chaque patient dans un local dédié par du personnel formé qui dispose de procédures validées par l'EOH.

Une fiche attestant le bon fonctionnement et la désinfection est remplie par l'agent et jointe au matériel.

Par un **cahier des charges** établi avec l'HAD, le prestataire de service s'engage à fournir du matériel propre, désinfecté et en bon état. Le nettoyage-désinfection répond à des normes et est effectué par du personnel formé et qui dispose de procédures précises.

Le matériel est livré au patient sous emballage avec une étiquette attestant sa désinfection.

L'HAD met à disposition des soignants au domicile des patients un **plan de travail** lavable (type table adaptable) et un détergent désinfectant.

Fourniture de dispositifs médicaux stériles à usage unique

Chaque fois que cela est possible, il faut utiliser des dispositifs médicaux à usage unique achetés stériles plutôt que du matériel à stériliser par l'utilisateur.

Les dispositifs médicaux stériles doivent porter le marquage CE depuis le 14 juin 1998.

Afin de faciliter les soins et permettre aux soignants de travailler dans de bonnes conditions d'hygiène, il est recommandé d'utiliser **des sets de soins** stériles qui regroupent tout le matériel nécessaire à un soin.

Les dates de péremption seront respectées.

L'intégrité des emballages sera vérifiée.

Tout matériel stérile dont l'emballage est déchiré, souillé ou mouillé sera éliminé.

Conditions de stockage au domicile

Dispositif médical stérile à usage unique

Le rangement se fera au domicile dans un **contenant dédié, fermé, propre et sec**.

Le stock au domicile n'excédera pas une semaine et sera vérifié régulièrement par l'infirmier libéral ou l'infirmier salarié de l'HAD.

Antiseptiques et produits pour l'hygiène des mains

Éviter de les stocker près d'une source de chaleur et à la lumière.

Médicaments

Chaque fois que cela est possible, le pharmacien privilégiera la spécialité qui se conserve à **température ambiante**.

CONSERVATION À TEMPÉRATURE AMBIANTE

- respect de la date de péremption,
- respect du délai d'utilisation après ouverture : noter la date d'ouverture des sirops, collyres...
- livraison de la quantité nécessaire pour une semaine,
- stockage dans des sachets plastiques individuels fermés dans un contenant dédié,
- vérification hebdomadaire du stock par l'infirmier libéral et/ou coordonnateur.

CONSERVATION AU FROID (ENTRE 4 °C ET 8 °C) :

- respect de la date de péremption,
- livraison de la quantité nécessaire pour une semaine,
- emballage dans des sachets plastiques fermés,
- stockage dans le réfrigérateur du patient : la gestion du réfrigérateur au domicile est parfois difficile et peut être vécue par le patient ou son entourage comme une intru-

sion dans sa vie privée. Mais l'infirmier peut insister sur les règles d'hygiène en informant les familles,

- vérification de la propreté par l'infirmier libéral ou l'infirmier salarié de l'HAD,
- zone dédiée,
- idéalement, apposition d'une puce ou d'un indice colorimétrique attestant de la continuité de la chaîne du froid sur les boîtes de médicaments sensibles (ex. : produits dérivés du sang),
- à défaut, présence d'un thermomètre dans le réfrigérateur et suivi quotidien de la température avec traçabilité et conduite à tenir en cas de température dépassant le seuil autorisé,
- vérification hebdomadaire du stock par l'infirmier libéral ou l'infirmier salarié de l'HAD.

Règles de nettoyage et de désinfection à mettre en place au domicile

Les règles de nettoyage et de désinfection au domicile sont définies par des procédures validées par l'EOH, élaborées à partir des recommandations de bonnes pratiques.

Le choix des produits désinfectants est validé par l'EOH.

Les prestataires de services doivent fournir **les modes d'emploi et les notices d'entretien** propres à chaque dispositif.

Néanmoins des règles de base sont à respecter :

- manipulation des dispositifs médicaux avec des mains propres et désinfectées,
- nettoyage quotidien avec détergent désinfectant en spray moussant ou avec des lingettes désinfectantes : pompes, montants de lit, pied à perfusion,
- nettoyage avec un détergent désinfectant en cas de projections de liquides biologiques,
- nettoyage-désinfection des matelas en cas de souillures selon les recommandations des fournisseurs et en respectant le temps de contact,
- désinfection avec eau de javel diluée dans le cas de *Clostridium difficile* : taux de dilution précisé dans la procédure de prise en charge.

Entretien de la mallette de l'infirmier

Dans le cadre de l'HAD, tout le matériel dont peut avoir besoin l'infirmier pour assurer les soins est fourni.

Toutefois, l'infirmier peut amener sa mallette de matériel et il veillera à en assurer son entretien.

Il est recommandé d'en pratiquer le nettoyage **une fois par semaine**, ou plus en cas de projection de liquides biologiques.

La mallette comportera des compartiments démontables et facilement lavables. Le lavage sera complété par une désin-

fection au moyen d'une lingette imprégnée de détergent-désinfectant.

Le matériel propre ne sera jamais mélangé avec du matériel ayant déjà servi.

Les prestataires extérieurs

L'activité d'une HAD est très diversifiée et le recours à des prestataires extérieurs est souvent nécessaire.

Dans ce cadre, certaines activités et/ou prestations sont donc sous-traitées à des sociétés ou organismes extérieurs.

Elles concernent à titre d'exemple les domaines suivants :

- la location de mobilier médical (lit, table, fauteuil...),
- la location de matériel médical (pompe, pousse seringue...),
- la dispensation d'oxygène (CSP, Art. L. 5232-3),
- la collecte des DASRI,
- la fourniture de matériel ou dispositifs médicaux spécifiques : stomathérapie, ventilation,
- les transports pour les livraisons aux patients,
- la fourniture des médicaments,
- la reconstitution des cytotoxiques.

Cette sous-traitance ne dédouane en rien **la responsabilité de la structure d'HAD** vis-à-vis de ces activités et donc indirectement de la prise en charge.

Une convention, doit être signée entre la structure d'HAD et chaque prestataire qui s'engage vis-à-vis de la structure dans le cadre **d'un cahier des charges** précis et rigoureux concernant non seulement le type de matériel ou de prestation à fournir mais également les délais observés pour la réalisation de l'activité, les protocoles d'hygiène utilisés, le mode d'organisation retenu pour réaliser cette activité.

Il est indispensable de réaliser, auprès des prestataires extérieurs, pour toutes les activités sous-traitées, **des audits** permettant de valider la qualité des prestations attendues. Ces audits doivent être réalisés une fois avant de signer le contrat, et doivent être renouvelés en cours de marché, afin de s'assurer que la société présente toujours toutes les conditions de qualité et de sécurité pour la réalisation de l'activité sous-traitée.

Le cahier des charges et les grilles d'audit doivent être adaptés à chaque prestataire et type de prestation.

Il sera demandé une attestation de formation en hygiène hospitalière aux prestataires.

Des exemples de modèles de cahier des charges et d'audit sont présentés en annexe II et III, ils sont adaptables en fonction de la taille de l'HAD.

Bibliographie

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- MINISTÈRE DU TRAVAIL DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 3 décembre 2011 relatif à la formation préparant à la fonction de prestataire de services et distributeur de matériels, y compris les dispositifs médicaux, destinés à favoriser le retour à domicile et l'autonomie des personnes malades ou présentant une incapacité ou un handicap. Journal officiel 30 décembre 2011. 6 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public. 20 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Circulaire DGS n° 296 du 30/04/1996 relative au conditionnement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et à l'application du règlement pour le transport des matières dangereuses par la route. 1996. 16 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Circulaire DGS n° 98-771 du 31 décembre 1998 relative à la mise en œuvre de bonnes pratiques d'entretien des réseaux d'eau dans les établissements de santé et aux moyens de prévention du risque lié aux légionelles dans les installations à risque et dans celles des bâtiments recevant du public. 1998. 4 pages.
- Définition des dispositifs médicaux - Art. L. 5211-1 du Code de la santé publique. Utilisation – R-665-6.

RECOMMANDATIONS

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). Guide pratique sur l'application du règlement relatif au transport des matières infectieuses 2009-2010. 2009. 32 pages.

- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Liste positive des désinfectants. Hygiènes 2009, 4: 245-268.
- CONSEIL SUPÉRIEUR DE LA SANTÉ DE BELGIQUE. Recommandations en matière de maîtrise des infections lors de soins dispensés en dehors des établissements de soins. 2008. 66 pages.
- Recommandations de bonnes pratiques appliquées au transport des produits de santé. Bulletin de l'Ordre des pharmaciens, mars 2008.
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Prévention des risques infectieux dans les laboratoires d'analyse de biologie médicale. Hygiènes 2007, 6: 405-524.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. 2006. 128 pages.
- SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE (SFHH). Avis relatif à l'utilisation de l'eau de Javel dans les établissements de soins. 2006. 13 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. 2001. 72 pages.

RÉFÉRENCES

- FLEURY J. Transport des prélèvements et réglementation. Spectra biologie 2005; 143: 24-28.
- STRAUBER V, CAMUZEUX C, DELATTE I, CALLANQUIN J, LABRUDE P. Désinfection du matériel dans le cadre du maintien à domicile. Bulletin de l'ordre 2002, 376: 387-392.

SITE UTILE

- AFNOR: <http://www.afnor.org/>

CHAPITRE IV - LOGISTIQUE

Logistique

- Le matériel médical est fourni par l'HAD ou par un prestataire de services.
- Une organisation de type « marche en avant » doit être présente à tous les niveaux de la base logistique.
- La gestion des dispositifs médicaux répond aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière en particulier en matière de stockage.
- L'entretien du matériel réutilisable doit s'effectuer dans un espace dédié à cette activité.
- Les contenants pour la livraison des patients doivent répondre aux règles de transport des médicaments et des DM, et doivent être entretenus s'ils sont réutilisables.
- Le transport des DM et des médicaments obéit à la réglementation.
- Les véhicules utilisés pour le transport du matériel vers le domicile des patients sont dédiés à cette activité.
- Les agents de livraison doivent respecter les règles d'hygiène au domicile des patients.
- Le transport des prélèvements biologiques se fait sous triple emballage.
- Les dispositifs médicaux à usage unique stériles et non stériles sont à privilégier.
- Le rangement se fait au domicile dans un contenant dédié, fermé, propre et sec.
- Pour les médicaments, le pharmacien privilégie la spécialité qui se conserve à température ambiante.
- En cas de conservation au froid, le stockage se fera dans le réfrigérateur du patient dans une zone dédiée.
- Le cahier des charges des prestataires fournissant du matériel précise les engagements du prestataire en matière de nettoyage et de désinfection des dispositifs médicaux et de formation en hygiène.
- L'HAD procède à l'évaluation du prestataire par des audits.

Annexe II

Exemple de cahier des charges « Prestataires »

Mise à disposition d'équipements pour le service d'hospitalisation à domicile

Lot n° 1 - Équipements mobilier médical

Lot n° 2 - Matériel médical

Lot n° 3 - Oxygénothérapie/aspiration

Émetteur :	HAD XXX	
Effecteur :	
Date d'émission :	

1. Objet du marché

La présente consultation a pour objet la mise à disposition d'équipements au domicile des patients, dans le cadre du service d'hospitalisation à domicile.

La prestation attendue comprend :

- la fourniture des équipements : livraison, installation, mise en service, formation des usagers et professionnels intervenant à domicile, assistance téléphonique à l'utilisation des matériels,
- la surveillance, la maintenance en bon état de fonctionnement, les réparations,
- la reprise à la fin de la période de location,
- le nettoyage et la désinfection en fin de location,
- en cas de demande urgente (ex : oxygénothérapie), installation dans les trois heures maximum.

Les lieux de livraison se situent au domicile des patients, au sein de l'aire d'intervention de la structure.

Le marché sera partagé entre plusieurs prestataires tenant ainsi compte du secteur géographique où réside le patient. L'HAD XXX se réserve la liberté de retenir un prestataire pour un patient.

Ces engagements de service s'appuient sur la norme AFNOR (NF XP 50-796 *Mise à disposition des dispositifs médicaux à domicile*) d'une part et sur les exigences de qualité auxquelles est soumise l'HAD XXX, dans le cadre de sa certification mais plus généralement du niveau de qualité qu'elle souhaite dispenser aux patients dont elle a la charge.

En cas de rupture de son approvisionnement, l'HAD XXX s'autorise à faire appel à un autre prestataire, notamment dans le cadre de l'urgence. (HAS, Guide de certification 2010, critère 8 K et 6 G).

Le prestataire précisera les actions qu'il a conduites ou qu'il conduira dans le cadre de son engagement en matière de développement durable.

Remarque : Le fournisseur retenu n'aura pas toujours l'exclusivité de la prestation décrite ci-dessus dans la mesure où le matériel déjà installé chez le patient, avant sa prise en charge en HAD, pourra rester en place, sur décision du responsable médical de la structure HAD, sans que, dans la mesure du possible, cette situation ne perdure au-delà d'un mois.

2. Normes - Équipements concernés

Normes

Tous les équipements et matériels proposés dans le cadre de cette consultation doivent être strictement conformes à la réglementation et normes en vigueur.

Les dispositifs médicaux disposent notamment du marquage CE Médical (directive 93-42 CEE). Le prestataire précise si les lits et les matelas ont la marque NF Médical.

De façon générale, les matériels proposés ont, au minimum, les caractéristiques techniques des matériels agréés par le tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS).

Le matériel, mis en location, est en parfait état de fonction-

nement et correspond aux fonctions pour lesquelles il est destiné.

3. Descriptif des lots

Lot n° 1 : équipements mobilier médical

Lit médical et accessoires

Équipement de base

Le lit proposé a au minimum les fonctionnalités et caractéristiques suivantes :

- hauteur variable électrique (préciser hauteur maximale et minimale),
- relève buste électrique,
- relève jambes manuel ou électrique de préférence,
- dimensions de couchage : 200 x 90 cm,
- sur-roulettes avec freins,
- dispositifs de fixation des accessoires demandés (tige porte-sérum, potence, barrières),
- plicature genoux électriques,
- potence de lit,
- barrières.

Options à proposer

Les fonctionnalités et accessoires suivants pourront être demandés selon les besoins, à savoir :

- rallonge sommier,
- porte-sérum,
- barre latérale de redressement.

Dans sa proposition, le prestataire fait une offre de prix pour le modèle de base et une proposition de prix pour chacune des options qui peuvent être demandées en cas de besoin.

Table à manger au lit

Les spécifications techniques de base sont les suivantes :

- hauteur variable, sur vérin,
- sur roulettes avec freins,
- plateau tenu par armature parallèle,
- plateau fixe avec galerie ou rebords.

Fauteuil roulant, pliant, léger

Les spécifications techniques de base sont les suivantes :

- 44 cm de largeur minimum,
- pliable,
- pied à sérum adaptable.

Options à proposer

- Fauteuil roulant ayant les caractéristiques ci-dessus avec repose-jambes,
- fauteuil adapté au patient hémiplégique gauche ou droit, double main courante,
- fauteuil grande largeur,
- avec fixation ventilation possible (borne de fixation).

Fauteuil roulant confort

- Largeur mini 44 cm,
- largeur maxi 79 cm,
- avec différentes largeurs d'assise,
- avec toile lavable,
- à propulsion manuelle,
- si possible dossier inclinable,
- avec repose-pieds à palette articulée,
- possibilité d'adapter un pied à sérum sur le fauteuil,
- dossier inclinable,
- assise.

Fauteuil de repos

Les spécifications techniques de base sont les suivantes :

- largeur mini 44 cm,
- revêtement plastifié,
- avec roulettes,
- accoudoirs réglables en hauteur et totalement escamotables,
- dossier inclinable.

Dans sa proposition, le prestataire fait une offre de prix pour le modèle de base et une proposition de prix pour l'option qui peut être demandée en cas de besoin.

Chaise garde-robe

- Ergonomique,
- assez haute pour passer au-dessus d'un WC de hauteur standard,
- accoudoirs escamotables,
- à roulettes avec freins.

Dans sa proposition, le fournisseur fait une offre de prix pour la location du fauteuil et pour l'achat de l'assise et du seau.

Matelas et autres supports (en secours)

Lève-personne

Il s'agit d'un lève-malade pour permettre les transferts avec télécommande.

Les spécifications de base sont les suivantes :

- mobile et léger,
- fonctionnalités attendues : soulever, transférer, déplacer le patient,
- permettant le relevage au sol,
- montée et descente électriques,
- avec sangles adaptées au patient avec suspension en 4 points,
- avec écartement modulable des pieds.

Sont à éviter, les appareils pliants, comportant des goupilles pour l'assemblage des pièces ou avec système de décrochage rapide.

La fourniture de la sangle adaptée au patient est comprise dans le tarif de location proposé.

Pied à sérum

Il s'agit d'un pied à sérum sur socle roulant, cinq branches et cinq roulettes, réglable en hauteur, quatre crochets avec plateau pour positionner le matériel.

Option : le prestataire répondra également pour un pied à sérum ayant les caractéristiques de base décrites ci-dessus, lesté et de diamètre adapté à la fixation d'appareils de perfusion ou de nutrition.

Dans sa proposition, le prestataire fait une offre de prix pour le modèle de base et une proposition de prix pour l'option qui peut être demandée en cas de besoin.

Cadre de marche

Les spécifications techniques de base sont les suivantes :

- avec ou sans roulettes, selon les besoins,
- réglable en hauteur,
- largeur adaptée à la corpulence du patient.

Option : avec tablette pour assise.

Potence

Il s'agit d'une potence sur pied.

Cannes

- Cannes canadiennes à hauteur variable,
- canne tripode.

Lot n° 2 : matériel médical

Le fournisseur précise le coût de la location du matériel et le prix détaillé des consommables en sus.

Pompe à nutrition entérale marque XXXX

Le tarif proposé ne concerne que la location de la pompe : les sondes nasogastriques, les seringues à bout conique, les tubulures de pompe, les poches à eau, les tubulures gravité

et les nutriments sont fournis par la pharmacie de l'HAD XXX.

Pousse - seringue 1 voie ou 2 voies

Les spécifications techniques de base sont les suivantes :

- d'emploi aisé,
- facilement transportable,
- avec batterie,
- avec alarme facilement identifiable,
- pouvant se fixer sur un pied à sérum.

Les seringues, prolongateurs et sets de pose sont fournis par la pharmacie de XXX.

Pompe à perfusion PCA

(analgésie contrôlée par le patient) : XXXX

Modèle retenu par l'HAD XXX avec piles alcalines lors de la première livraison.

Les piles et les tubulures sont fournies par la pharmacie de XXX.

Lot n° 3 : oxygénothérapie/aspiration

Le prestataire est tenu de dispenser les gaz à usage médical conformément aux dispositions du code de la santé publique en vigueur, suivant *Les bonnes pratiques de dispensation à domicile de l'oxygène à usage médical*. À cet effet, il dispose de l'autorisation prévue par la réglementation.

L'HAD XXX, établissement de santé, a une pharmacie à usage intérieur, dont le gérant est XXXX, suivant le Code de la santé publique, l'activité de dispensation de l'oxygène est sous-traitée au prestataire. Dans ce cadre, un audit qualité sera réalisé auprès du prestataire par le pharmacien de la structure.

Oxygénothérapie

- Concentrateur
 - standard sur roulettes, facile d'utilisation,
 - débit 0,5 à 5 l/minute,
 - niveau sonore < 47 dB,
 - livré avec lunette ou masque et rallonge de 5 mètres,
 - livré avec obus de secours.
- Oxygène liquide
 - appareillage adapté au besoin clinique du patient,
 - livré avec obus de secours.

Matériel d'aspiration

Les spécifications techniques de base sont les suivantes :

- électrique,
- modèle léger et compact, suffisamment puissant,

- avec batterie opérationnelle,
- avec sac à usage unique 1 litre de type Receptal®.

Les consommables sont pris en compte dans le prix de location proposé.

À la première livraison, l'appareil est livré équipé pour une utilisation possible immédiate : trois sondes d'aspiration + une poche à usage unique Receptal® 1 000 ml.

Le prestataire fournit le protocole de nettoyage de l'équipement proposé.

Appareil aérosol

Il s'agit d'un générateur avec système de nébulisation intégré et accessoires complets avec consommables à la première livraison.

Pour chacun des trois lots :

Le prestataire mentionne les autres équipements ou matériels qu'il est susceptible de pouvoir mettre en location et indique son tarif ou le rabais qu'il accorde sur la LPPR (liste des produits et prestations remboursables).

En cas de besoin d'équipements ou matériels, non décrits dans le présent document, le service d'HAD peut avoir recours au prestataire du marché concerné pour la location dudit matériel.

Les consommables sont livrés au domicile du patient, à une date fixée en concertation avec le service d'HAD, et en quantité fixée en concertation avec le responsable de l'HAD. Le prestataire prendra contact directement avec la famille pour organiser la livraison et la mise en place des équipements.

Remarques importantes pour les lots 2 et 3

Le fournisseur laissera en dépôt dans les locaux administratifs de l'HAD :

- 2 pompes PCA à perfusion,
- 4 pousses seringues,
- 1 pompe à perfusion,
- 2 appareils aérosol,
- 3 aspirateurs trachéaux,
- 2 pieds à sérum mobiles.

La location de ces matériels débutera à la sortie des locaux de l'HAD lorsque le matériel sera installé au domicile du patient en HAD. L'information sera transmise au prestataire par l'HAD XXX.

La facturation est suspendue en cas de ré-hospitalisation du patient.

4. Documents à fournir

Le prestataire fournit obligatoirement pour chaque équipement proposé :

- le parc dont il dispose,
- un descriptif détaillé et imagé de l'équipement ou du matériel proposé. Pour les matériels supportant le poids du patient, il indiquera la charge maximale tolérée par les équipements,
- un dossier technique, décrivant notamment la politique de maintenance des dispositifs médicaux,
- la notice explicative qui sera remise au patient,
- le protocole de nettoyage et désinfection dans le cadre de la prise en charge du nettoyage quotidien par le personnel assurant la prise en charge du patient. Toute modification du type de désinfection au cours du marché devra être signalée à l'HAD et acceptée par le responsable médical de la structure,
- les certificats de conformité aux normes,
- les contraintes techniques d'installation le cas échéant,
- le stock de pièces détachées destinées aux réparations,
- le protocole de nettoyage et désinfection qu'il applique ainsi que le type d'équipement, les moyens techniques et humains dont il dispose pour désinfecter le matériel dans son entreprise après chaque location,
- les autorisations prévues par la réglementation, notamment pour les gaz à usage médicaux.

Il fait savoir s'il est certifié ISO 9001-2000 ou s'il a initié une démarche qualité pour les domaines à préciser (fourniture, maintenance...).

5. Clause de confidentialité

Le prestataire du marché et le personnel qu'il emploie sont liés par le secret professionnel. Ils s'engagent à respecter la confidentialité des matériels et produits destinés aux patients de l'HAD ainsi que de toutes les informations liées aux patients dont ils auront connaissance lors de l'exécution de la prestation.

6. Engagements de services

Préparation de la mise à disposition du dispositif médical à domicile

Le prestataire s'engage à :

- délivrer au patient le dispositif médical indiqué sur le

bon de commande par l'HAD XXX dans un délai compatible avec la prise en charge du patient. Sur demande de l'HAD, le prestataire doit être en mesure d'intervenir dans les meilleurs délais, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, sur émission de la commande établie par fax et/ou par téléphone et/ou par mail,

- informer par téléphone et par fax l'HAD XXX de toute modification des modalités de livraison,
- appeler le responsable logistique de l'HAD, en cas d'absence au domicile du patient pour la mise en place du matériel, afin de connaître la marche à suivre,
- installer le dispositif médical en tenant compte des souhaits du patient et des contraintes techniques,
- installer un dispositif médical au domicile du patient en état de bon fonctionnement,
- installer au domicile du patient un dispositif médical dont l'état de propreté, de décontamination, de désinfection ou de stérilisation est conforme aux préconisations du fabricant et aux règles d'hygiène définies par les recommandations professionnelles édictées tant par les sociétés savantes que par les CLIN,
- brancher, raccorder et vérifier le fonctionnement du dispositif médical et en garantir la mise en service selon les performances prévues,
- à établir, par mail, un récapitulatif quotidien de l'ensemble des actions réalisées auprès des patients (livraisons, échanges, récupérations, interventions...).

Transports

Les conditions de transport du matériel respectent les recommandations professionnelles en matière d'hygiène.

Sécurisation des approvisionnements

Le prestataire s'engage à tenir le nombre d'équipements nécessaires aux besoins des patients pris en charge par l'HAD XXX.

De même, il doit tenir un stock de sécurité suivant les quantités permettant d'assurer le remplacement du matériel défectueux, de jour comme de nuit, en semaine ou week-end et jours fériés.

Installation et mise en service du dispositif médical

Il convient de rappeler que le domicile est un lieu de vie privé, qui abrite l'existence familiale et intime du patient. L'installation technique du dispositif médical nécessite réserve, délicatesse et discrétion afin d'éviter que la phase d'installation ne soit vécue comme une intrusion.

Le prestataire s'engage à ce que la livraison soit effectuée par un personnel qualifié, apte à initier le patient et son entourage, ainsi que les professionnels intervenant au domicile du patient, à l'utilisation du matériel. Le personnel du prestataire fait les démonstrations nécessaires et vérifie au domicile du patient que l'usage qui en est fait est conforme à l'usage prescrit.

Information et initiation du patient et/ou de son entourage

Le prestataire doit rassurer le patient et son entourage sur l'usage du matériel et lui expliquer le fonctionnement ainsi que les dispositions à prendre pour que les performances du dispositif médical restent constantes.

Il s'engage à :

- informer le patient et/ou son entourage sur :
 - le bon usage du dispositif médical,
 - les règles d'entretien du dispositif médical,
 - les instructions liées à la sécurité d'usage, en particulier pour les dispositifs médicaux utilisant l'eau et l'électricité,
 - la conduite à tenir en cas d'alarme, de dysfonctionnement ou d'incident (il met à disposition un numéro d'appel pour toute demande de renseignement complémentaire ou de service après vente),
 - les règles de matériovigilance et les informations nécessaires au signalement des incidents ou risques d'incidents,
 - les préconisations en cas de déplacement du patient et des contraintes afférentes pour les patients.
- remettre au patient une version actualisée du document d'information et de la notice d'utilisation pour les dispositifs médicaux qui le nécessitent,
- notifier au patient les risques liés à l'oxygène et l'assurance nécessaire à prévoir.

Reprise du dispositif médical

Le domicile reste un lieu de vie, la reprise d'un dispositif médical mis à disposition doit se faire dans des délais acceptables. Il convient au prestataire de prendre rendez-vous avec l'HAD XXX et le patient et/ou son entourage (dans les 48 heures en cas de décès).

L'HAD XXX et le patient et/ou son entourage doivent obligatoirement être prévenus des dates et tranches horaires de l'enlèvement et de tout événement inattendu relatif à cette reprise.

7. Engagement qualité

Validation technique et fiabilité de l'équipement

La plupart des équipements mis à disposition n'étant pas directement fabriqués par le prestataire, il est nécessaire que ce dernier s'assure, auprès des fabricants, de la validation technique des matériels et dispositifs.

Le prestataire s'engage à fournir à l'HAD XXX, aussi souvent que nécessaire, l'ensemble des documents attestant de la fiabilité et de la validité technique des équipements.

En tout état de cause, le prestataire s'engage à ne fournir que le matériel sélectionné par l'HAD XXX. En aucun cas, il ne fournira ni n'installera au domicile du patient un matériel ou dispositif n'ayant reçu, expressément l'accord de l'HAD XXX.

Matériorigilance et maintenance

Le prestataire s'engage sur l'application du décret 2001-1154 du 5 décembre 2001 et de l'arrêté associé du 3 mars 2003. Il décrit précisément quelles modalités de maintenance (préventive, contrôle de performance et de sécurité) sont retenues par type d'équipement. Le prestataire engage tacitement sa responsabilité en cas d'incident ou d'accident. Il s'engage à saisir la procédure d'alerte dans le cadre de la matériovigilance. Le prestataire devra assurer ou faire assurer et tracer les actions de nettoyage, de décontamination, de vérification, de suivi ou de réparation sur tous les dispositifs ou matériels mis à disposition au domicile des patients pour le compte de l'HAD XXX. Deux types de maintenance doivent être assurés par le prestataire : la maintenance préventive et la maintenance curative.

Concernant la maintenance préventive, le prestataire s'engage à :

- contrôler le matériel mis à disposition au domicile du patient en retour de location,
- décontaminer le matériel mis à disposition au domicile du patient en retour de location,
- fournir à l'HAD XXX tous les certificats attestant de la décontamination et du contrôle de chaque matériel mis à la disposition des patients pour le compte de l'HAD XXX,
- effectuer la maintenance préventive pour assurer le maintien des performances et caractéristiques indiquées par le constructeur, durant toute la durée de la mise à disposition du matériel,
- effectuer une maintenance préventive de tout le matériel mis à disposition pour le compte de l'HAD XXX, même si celle-ci n'est pas fixée par le fabricant et ce dès que le matériel reste installé plus de 6 mois au domicile,

- fournir, mensuellement, une attestation mentionnant l'état des dispositifs ou des matériels, la bonne réalisation de leur maintenance et de leur décontamination.

Pour ce qui est de la maintenance curative, le prestataire s'engage à :

- assurer, sur demande de l'HAD XXX, de jour ou de nuit, en semaine ou en week-end, la réparation ou la substitution du matériel défectueux (en cas de dysfonctionnement ou d'indisponibilité) dans des délais permettant de garantir la continuité de la prise en charge du patient,
- effectuer par ses soins et à ses frais, les réparations nécessaires,
- à établir un document prouvant les vérifications ou réparations effectuées pour chaque intervention sur le dispositif médical et de le transmettre à l'HAD XXX. Il sera possible de faxer, depuis le domicile des patients, le bon d'intervention du technicien.

Permanence de réponse

L'HAD XXX étant un établissement de santé, il doit assurer la continuité de la prise en charge 24 heures/24 heures de l'ensemble de ses patients.

La collaboration avec l'HAD XXX nécessite donc, de la part du prestataire, une disponibilité identique. Le prestataire s'engage alors à répondre à toutes demandes d'intervention de la structure 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 dans les délais spécifiés par les professionnels de l'HAD.

Formation en hygiène

Le prestataire s'engage à la mise en œuvre de formation en hygiène de ses salariés.

8. L'évaluation du prestataire

Le prestataire s'engage à participer à la procédure de certification de l'établissement et à la mise en œuvre des actions d'amélioration qui nécessitent leur implication.

L'HAD XXX pratiquera des audits prestataires directement dans les locaux du prestataire afin d'évaluer notamment :

- l'adaptation et l'entretien des locaux de stockage,
- les stocks et notamment ceux de sécurité,
- la capacité du prestataire à répondre aux sollicitations urgentes et notamment en dehors des horaires d'ouverture habituels,
- la capacité à assurer la maintenance 24 heures/24 et 7 J/7.

Une évaluation en continue sera par ailleurs assurée par l'HAD XXX. Cette évaluation portera sur :

- le suivi et l'analyse des fiches de signalement des effets indésirables relatives au prestataire,
- le suivi et l'analyse des indicateurs suivants :
 - le nombre de défaillances techniques des dispositifs médicaux,
 - le nombre de plaintes des utilisateurs du matériel.
- un comité de suivi, composé de représentants du prestataire et de représentants de l'HAD XXX, se réunira une fois par an. Il vise à discuter des modalités de collaboration entre l'HAD XXX et les prestataires.

9. Conditions tarifaires

Les prix sont fixés suivant l'annexe financière du présent cahier des charges et sont exprimés en coûts journaliers.

La facturation est suspendue en cas de réhospitalisation temporaire du patient.

Aucune augmentation tarifaire ne sera acceptée en dehors de l'accord conclu au sein de cette annexe.

Les factures doivent être établies par mois et par patient.

La facturation du matériel prend fin le jour de fin d'HAD (décès, réhospitalisation...) communiqué par l'HAD XXX, par fax ou par mail.

Les délais de paiement s'exerceront à J + 30.

10. Référentiel juridique

Période d'essai

Une fois sélectionné, le prestataire sera soumis à une période d'essai de trois mois. Pendant cette période, les parties au contrat ont la possibilité de rompre leur collaboration, moyennant un préavis de deux semaines. Cette rupture de contrat interviendra par lettre recommandée avec accusé de réception.

Mécanisme de pénalité

En cas de dysfonctionnement grave, l'évaluation du comité de suivi permet d'exclure le prestataire si le cahier des charges n'est pas respecté.

Durée

La présente convention prend effet à la date de sa signature par les parties et est conclue pour une durée d'un an. Elle pourra cependant être dénoncée à tout moment, par chacune des parties, sans avoir à justifier d'un motif, moyennant un préavis de trois mois. Cette résiliation interviendra par lettre recommandée avec AR.

Méthode alternative de résolution des conflits

Le prestataire s'engage à recourir au préalable à un tiers désigné pour conciliation ou arbitrage avant toute saisie des juridictions compétentes en cas de survenue d'un litige.

À xxxxx, le

Pharmacien
responsable

Directeur
de l'établissement

Annexe III

Exemple d'audit « Prestataires »

Objet

Réaliser un audit d'organisation fournisseur afin de vérifier la conformité des actions réalisées par le fournisseur en rapport avec le cahier des charges établi entre le fournisseur et l'HAD XXX.

Domaine et limite d'application

La mise en œuvre de l'audit se fait suite à la volonté du client d'évaluer les risques possibles afin d'améliorer la prise en charge du patient. La détection de ces risques peut provenir lors de l'analyse des résultats du questionnaire d'évaluation de satisfaction du patient ou par la seule volonté de l'HAD XXX.

Documents de référence

- ISO 9001-2000,
- cahier des charges cosigné,
- certification.

Définition

L'audit d'organisation fournisseur est un examen méthodique et documenté permettant d'obtenir des preuves que l'organisation et les moyens de réalisation du fournisseur sont adaptés aux exigences des commandes de l'HAD XXX

L'auditeur

L'audit est réalisé par des auditeurs de l'HAD XXX désignés par la direction en charge de la qualité.

Champ d'application

En fonction des objectifs de l'HAD XXX, de l'activité de l'entreprise visitée, du type d'audit, du produit ou de la prestation concernée, l'audit porte sur tout ou partie :

- de l'organisation générale de la société,

- des moyens techniques et de mise en œuvre,
- du pilotage de la commande,
- de l'ordonnancement et du suivi de la commande,
- de la qualité des produits approvisionnés,
- de la qualité du service,
- des moyens généraux de vérification et d'essai,
- de la logistique de livraison,
- de la qualité du service après livraison.

L'audit

Préparation de l'audit

Sur la base du questionnaire de satisfaction patient, des éléments s'y rapportant, et en prenant en compte les exigences du cahier des charges, la cellule qualité et les auditeurs constituent le programme d'audit.

Les auditeurs informent le fournisseur du plan d'audit et lui demandent la présence des fonctions d'encadrement requises.

Conduite de l'audit

Sur la base du programme d'audit, les auditeurs déroulent sur le terrain et en présence des fonctions désignées les différentes composantes du plan d'audit. Ils demandent si besoin tout document nécessaire à l'audit.

Ils s'assurent que les exigences contractuelles sont prises en compte.

À la fin de l'audit, les auditeurs consignent les constats d'écart sur la trame d'audit et le plan d'actions éventuellement demandé.

Suivi de l'audit

Le compte rendu de l'audit est mis à disposition du fournisseur.

Les écarts ayant besoin d'être solutionnés sont communiqués au fournisseur qui est en charge de transmettre en retour à l'HAD XXX, un plan d'actions comprenant un échéancier ainsi que les actions correctives entreprises ou envisagées.

L'HAD XXX vérifie l'adéquation des mesures proposées et suit la mise en œuvre des actions proposées.

Grille de l'audit d'organisation fournisseur

Informations générales de l'entreprise

Coordonnées:

Activité:

CA de l'année n-1 et pourcentage réalisé avec l'HAD XXX:

Nombre de patients pris en charge sur N-1:

Nombre de patients pris en charge sur l'année N au moment de l'audit:

Ressources humaines

	Oui	Non	NA	Observations
La société dispose d'une liste à jour des salariés				
Chaque salarié est qualifié et habilité dans la tâche qu'il réalise				

Recours à l'intérim: pour quelles compétences? Pourcentage par rapport à l'effectif?

Personnel rencontré	Fonction

Remarques antérieures

Date du dernier audit et suites données aux remarques:

Paramètres audités:

Dernière réclamation émise par l'HAD XXX (date et objet):

Étapes du processus

Réception de la commande

	Oui	Non	NA	Observations
Une procédure décrit la gestion des bons de commande				
Un ordonnancement des bons de commande existe et est connu de tous				
Les bons de commande clients sont gardés confidentiels				
Un mode opératoire décrit les modalités de gestion prioritaire d'un bon de commande				
En cas de commandes incompatibles avec l'activité, une conduite à tenir commune est connue de tous				
Dans tous les cas, le fournisseur accuse réception du bon de commande				

Traitement de la commande

	Oui	Non	NA	Observations
La personne chargée de la commande peut contrôler facilement et efficacement l'état des stocks				
En cas de modifications de livraison, celles-ci sont prises en considération				

Gestion des astreintes

	Oui	Non	NA	Observations
Une procédure de gestion des astreintes existe				
Une permanence de réponse est assurée 24 heures/24, 7 jours/7				
Le fournisseur peut livrer un patient 24 heures/24, 7 jours/7 pour les matériels spécifiés dans le cahier des charges				

Livraison

	Oui	Non	NA	Observations
Pour chaque commande, une prise de rendez-vous avec le patient est effectuée pour l'informer de la livraison				
Le véhicule de livraison est propre				
Le véhicule de livraison présente des compartiments spécifiques afin d'éviter toute erreur de livraison et permettre d'assurer les règles d'hygiène élémentaires				
Les bons de livraison sont conservés par le fournisseur				
Les bons de livraison comprennent la signature du patient				
Une traçabilité des retards de livraison existe				

Installation du matériel

	Oui	Non	NA	Observations
Le matériel est livré par le fournisseur				
Le matériel est installé par le fournisseur (excepté dispositifs de perfusion et de nutrition)				
En cas de matériel nécessitant des produits consommables, le fournisseur livre ces produits pour la première utilisation				
Le matériel est livré avec son manuel d'utilisation en français				
Un numéro d'appel d'urgence est communiqué au patient lors de la mise en place du matériel				
Une démonstration d'utilisation du matériel est effectuée				
Le fournisseur informe le patient et/ou son entourage des règles d'entretien, des instructions liées à la sécurité et de la conduite à tenir en cas d'alarme				
Une traçabilité des tests effectués et des démonstrations au domicile du patient existe				

Récupération du matériel

	Oui	Non	NA	Observations
En fin de prise en charge, le fournisseur récupère le matériel. Une traçabilité existe				
Une procédure de désinfection existe				
Des contrôles microbiologiques sont effectués pour connaître l'efficacité de la procédure				
Un carnet d'entretien permet de tracer les contrôles effectués				

Maintenance

	Oui	Non	NA	Observations
Une procédure de maintenance préventive existe				
Une traçabilité de la maintenance préventive existe				
Une procédure de maintenance curative existe				
Une traçabilité de la maintenance curative existe				

Oxygène médical et aspiration

(Concernent uniquement les prestataires fournissant de l'oxygène)

Prestations	Oui	Non	NA	Observations
Oxygénothérapie				
Ventilation mécanique				
Traitements des troubles respiratoires du sommeil				
Aérosolthérapie				
Aspiration endotrachéale et nasopharyngée				
Trachéotomie				
Autres				
	Oui	Non	NA	Observations
L'organisme a obtenu une autorisation préfectorale respectant le CSP Art. L. 4211-5				
La responsabilité des pharmaciens pour la dispensation est clairement définie				
Le temps de présence du pharmacien est défini				
Le pharmacien a une indépendance pour assurer ces responsabilités				
Les livraisons d'oxygène font suite à une prescription médicale				
Les lots d'oxygène médical sont tracés				
Une visite du pharmacien au domicile est effectuée				

Gestion de la non-qualité

La gestion de la non-qualité est une démarche essentielle dans l'amélioration de la qualité de nos prestataires. Ainsi, cette partie traite des relations entre nos prestataires et leurs fournisseurs.

	Oui	Non	NA	Observations
En cas de produit non conforme, une procédure de gestion de ces produits existe				
Les produits de non-qualité sont systématiquement exclus et remplacés selon une méthode commune				
Des améliorations sont tracées en fonction des anomalies rencontrées				

Environnement

Traitement des déchets

	Oui	Non	NA	Observations
Un mode opératoire de tri des déchets existe				
Un contrat de prestation avec une entreprise de recyclage des déchets a été signé				
Le contrat porte sur le recyclage des déchets au domicile du patient si besoin, et dans l'entrepôt				

Développement durable

	Oui	Non	NA	Observations
Un programme de gestion des ressources comme l'eau, le papier, l'électricité, est mis en place				
Des actions en faveur de la maîtrise de l'énergie et du développement des énergies renouvelables ont été mises en place				
Un programme de réduction des émissions de CO ₂ des véhicules est mis en place				

Rangement de l'entrepôt

	Oui	Non	NA	Observations
L'entrepôt est rangé				
L'entrepôt est propre				
Les conditions de stockage sont en adéquation avec la réglementation				

Gestion de la maîtrise documentaire

	Oui	Non	NA	Observations
Un processus de maîtrise documentaire est en place chez le fournisseur				
Une procédure de matériovigilance existe				
Le fournisseur peut fournir tous autres documents qualité (procédures, modes opératoires)				
Les documents sont approuvés				
Les documents sont mis à jour				
Les documents nécessaires sont disponibles dans les lieux requis et sont lisibles et identifiables				
Chaque dispositif médical dispose de la norme CE Médical				
Tous les dispositifs médicaux attestent d'une conformité concernant la maintenance et la désinfection				
Tous les lits et matelas disposent de la norme NF Médical				
Le fournisseur peut présenter les résultats des audits qualité internes				
Le fournisseur peut présenter les résultats des audits qualité réalisés chez ses fournisseurs				

Documents à collecter durant l'audit

Nom du document	Documents obtenus
Organigramme de l'établissement	
Diplôme des pharmaciens	
Bons de commande	
État des stocks de sécurité	
Liste des astreintes	
Traçabilité des modifications de livraisons	
Traçabilité des rendez-vous avec le patient	
Traçabilité des retards	
Documents techniques	
Manuel d'installation	
Attestation mensuelle de l'état du dispositif	
Traçabilité des réparations	
Procédure de matériovigilance	
Liste des patients à haut risque vital*	
Autorisation préfectorale*	
Traçabilité des visites du pharmacien au domicile*	

Les champs suivis d'un astérisque (*) concernent uniquement les prestataires fournissant de l'oxygène.

Conclusion

Remarque :

Plan d'actions recommandées :

Prévention du risque infectieux chez les professionnels

Mots-clés Risques professionnels – Accident d'exposition au sang – Vaccination – Précautions standard – Prévention.

Objectifs Identifier les principaux risques infectieux professionnels.
Expliquer l'organisation pratique d'un accident d'exposition au sang.
Définir les actions de prévention en HAD.

Introduction

Lors de leurs activités, tous les professionnels intervenant dans la prise en charge des personnes à domicile (IDE, AS mais aussi auxiliaire de vie, personnel de la logistique...), se trouvent confrontés à différents risques, certains spécifiques comme ceux liés aux déplacements motorisés, et d'autres communs à tous les établissements de santé, comme ceux liés aux agents infectieux.

Lors de soins réalisés à domicile, les professionnels peuvent se trouver exposés à des agents pathogènes (virus, bactéries, ectoparasites...) dont la transmission peut se faire :

- par contact direct avec le patient ou son environnement (gale),
- par contact percutané ou par projection (exposition au sang et aux liquides biologiques),
- ou encore par voie respiratoire (grippe, tuberculose, rougeole...).

Néanmoins, **l'essentiel du risque infectieux professionnel survient lors d'accidents d'exposition au sang** et est lié aux virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et des hépatites B (VHB) et C (VHC).

En raison du contexte propre à l'intervention à domicile, **ces risques infectieux sont souvent sous-estimés** dans ce mode d'exercice et ils doivent être intégrés dans un plan de prévention et de gestion des risques professionnels (type document unique).

Accidents d'exposition au sang

Bien que l'on dispose de peu d'études spécifiques à l'HAD, quelques études ont précisé le risque d'exposition au sang ou aux liquides biologiques souillés par du sang des professionnels au domicile.

Ce risque a été estimé à environ 0,6 AES par voie percutanée et 2,8 AES par contact pour 1 000 procédures ou encore à 7,6 accidents percutanés/100 personnes/an. Ces accidents surviennent souvent après le geste et avant l'élimination du dispositif vulnérant.

Il a été noté que **le risque d'AES peut être majoré du fait du contexte du domicile (organisation des locaux, présence de la famille...)**. Les AES en HAD représentent moins de 1 % des AES déclarés en 2010, dans le cadre du réseau de surveillance RAISIN mais plusieurs enquêtes ont rapporté une sous-déclaration importante.

Il convient de ne pas négliger le risque inhérent à ce type d'accident. En effet, dans le cadre de la surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé, une séroconversion et une infection présumée à VIH ont été rapportées suite à des AES survenus lors d'une prise en charge à domicile.

Prévention des AES

La prévention des accidents d'exposition au sang fait l'objet d'un large corpus réglementaire et de nombreuses recommandations qui ne sont pas développées dans ce guide. Il conviendra de se reporter à ces différents documents.

Il semble néanmoins nécessaire de rappeler que la prévention repose principalement sur :

1. la vaccination du personnel soignant contre l'hépatite B,
2. le respect des précautions standard qui constituent la base de la prévention du risque infectieux lors des soins. Toutes ces mesures doivent prendre en compte les aspects organisationnels et les conditions de réalisation des soins à domicile (cf. chapitre III),
3. la mise à disposition et l'utilisation rationnelle d'un matériel adapté : dispositifs barrières et matériels de sécurité,
4. la mise en place d'une procédure (conduite à tenir) de prise en charge des AES,
5. l'interprétation des données de la surveillance. Ce suivi doit être effectif dans chaque HAD, si possible dans le cadre d'un réseau, avec recensement des AES et recueil des circonstances de chaque accident,
6. l'information et la formation du personnel.

Ces mesures de prévention s'appliquent aux salariés de l'HAD mais également aux intervenants libéraux et aux travailleurs sociaux.

Organisation pratique de la prise en charge d'un AES

La conduite à tenir devant un AES doit être connue de tous, écrite, affichée, et constamment réactualisée. Elle a été rappelée dans une circulaire du ministère de la Santé (circulaire DGS/DH n° 98-249 du 20 avril 1998) visant à mettre en place un dispositif permanent, garantissant la possibilité d'un accès à une prophylaxie contre le VIH dans un délai court, quels que soient le lieu et le mode d'exercice – public, privé ou libéral – de la personne victime d'une exposition à du sang potentiellement contaminé.

Cette conduite à tenir doit définir les modalités de prise en charge des salariés de l'HAD, des libéraux et des travailleurs sociaux intervenant en HAD.

L'éclatement géographique des lieux de prise en charge rend parfois difficile la gestion des AES, la procédure doit donc être explicite et détaillée, de façon que chaque soignant travaillant, de jour, de nuit, le week-end et les jours fériés, puisse être assuré d'une prise en charge optimale.

La prise en charge d'un AES repose sur la désinfection immédiate en cas de piqûre, coupure ou sur un rinçage en cas de projection oculaire.

Il est donc impératif que chaque professionnel travaillant en HAD, puisse accéder immédiatement après l'accident aux produits adaptés, si possible sous la forme d'un « kit ».

La mise à disposition de ce kit doit être réfléchi par la structure, définie et tracée.

Il est important de prévoir :

- la proximité pour l'utilisation du soignant = « à portée de main » (sacoche, voire à chaque domicile),
- le respect des conditions de conservation (à l'abri de la chaleur),
- une vérification systématique, donc organisée et tracée, des dates de péremption.

Le kit AES comprend :

- un flacon de Dakin[®],
- un flacon de savon doux si nécessaire,
- des dosettes de sérum physiologique,
- le matériel de prélèvement,
- les tubes secs nécessaires en vue du prélèvement biologique du patient source,
- une fiche rappelant la conduite à tenir (CAT) en cas d'AES.

L'évaluation du risque infectieux repose sur la connaissance des sérologies VIH, VHB et VHC du patient source. Si elles ne sont pas connues, un prélèvement doit être réalisé en urgence après l'accord du patient. Cet accord peut être anticipé dès l'admission du patient en HAD, en lui demandant de remplir un document pour le prélèvement en cas d'AES.

Les modalités de réalisation de ce prélèvement doivent être organisées et notées sur la fiche CAT :

- la prescription des sérologies,
- le préleveur,
- le laboratoire de référence : celui-ci est identifié, son numéro de téléphone est noté afin de le joindre avant l'envoi des tubes, il assure l'obtention du résultat VIH dans les deux heures, à toute heure du jour et de la nuit, week-ends et jours fériés compris,
- l'acheminement des tubes : taxi...

L'évaluation du risque infectieux doit être réalisée au plus vite par un médecin formé (en interne ou auprès d'un service hospitalier référent de l'HAD). Cette évaluation permettra d'envisager, si besoin, un traitement préventif qui doit débiter au plus vite, **dans les quatre heures qui suivent l'accident**. Le médecin ou le service référent doit être identifié sur la fiche CAT.

Dans tous les cas, la non-connaissance du statut sérologique du patient source ne doit pas faire différer la consultation avec un référent médical.

Les modalités de déclaration de l'accident de l'agent blessé doivent être mises en place conformément à la réglementation en vigueur.

Les modalités de suivi sont définies :

- pour les salariés de l'HAD par le médecin du travail ou par le médecin traitant,
- pour les libéraux et autres intervenants, par leur assurance,
- pour les étudiants par leur institut de formation.

L'évaluation de l'organisation de la prise en charge des AES peut être effectuée, par exemple, par la réalisation d'enquêtes un jour donné pour vérifier le kit AES : présence du kit, modalités de stockage, date de péremption...

Une surveillance des AES est effectuée, soit en interne, soit par le réseau RAISIN AES.

Annuellement, une évaluation des conditions de survenue des AES est réalisée et présentée en CME et au CHSCT. Cette analyse permettra d'identifier des axes d'amélioration.

Autres risques infectieux

Il n'existe pas d'étude concernant la transmission de virus tel que la grippe, de bactéries ou d'ectoparasites, pourtant ce risque existe et il ne doit pas être négligé à domicile. La prévention s'appuie sur la vaccination des professionnels et sur le respect des précautions standard et d'éventuelles mesures complémentaires en fonction de la symptomatologie présentée par le patient et/ ou un membre de sa famille et de l'agent infectieux en cause.

En fonction de la situation épidémique locale, régionale et/ ou nationale, un plan de prévention spécifique devra être mis en œuvre.

La vaccination du personnel

Les soignants travaillant au domicile de patients sont soumis aux mêmes obligations et recommandations que ceux travaillant dans une structure de soins traditionnelle. En effet, même s'ils ne prennent pas en charge plusieurs patients dans un même lieu de soins, ils se retrouvent en contact avec un nombre important de patients dans des lieux différents, au sein d'un entourage familial pouvant comporter des femmes enceintes, enfants, personnes âgées. Les patients pris en charge sont souvent immunodéprimés, fragiles.

Selon le calendrier vaccinal 2012 (téléchargeable sur le site du *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* et actualisé chaque année) il existe, pour les professionnels de santé :

- des vaccinations obligatoires :
 - DT Polio,

- l'hépatite B (loi du 18 janvier 1991),

- la tuberculose (BCG),

- des vaccinations recommandées :

- la rougeole,

- la coqueluche dont la transmission (par gouttelettes) est essentiellement intrafamiliale ou bien au sein de collectivités,

- la grippe saisonnière,

- la varicelle.

La vaccination des professionnels de santé comporte selon les cas une **dimension altruiste** lorsque le **bénéfice individuel** attendu n'est pas clairement démontré. Il s'agit alors d'être vacciné pour protéger son entourage personnel et professionnel incluant **les patients et leur famille**.

C'est le cas par exemple le plus souvent de la vaccination contre la grippe et contre la coqueluche. En revanche, la vaccination contre la rougeole peut présenter un bénéfice individuel pour les agents dans la mesure où il existe actuellement des cas graves chez les jeunes adultes.

Dans tous les cas, les vaccinations recommandées seront mises en œuvre au cas par cas, par la médecine du travail, en prenant en compte la réalité du risque professionnel pour la personne concernée et la réalité du risque pour l'entourage selon son secteur d'activité.

Il est important également de sensibiliser les aidants naturels à la vaccination contre la grippe.

Bibliographie

TEXTE RÉGLEMENTAIRE

- CIRCULAIRE INTERMINISTÉRIELLE DGS/RI2/DHOS/DGT/DSS n° 2008-91 du 13 mars 2008 relative aux recommandations de prise en charge des personnes exposées à un risque de transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH). 2008. 12 pages.

RECOMMANDATIONS

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. Groupe d'experts, sous la direction de P. Yeni. 2010.
- GROUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS (GERES). Guide des matériels de sécurité. 2010. 83 pages.
- CENTER FOR DISEASE CONTROL, NOSH. Occupational hazards in home healthcare. 2010. 54 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2012 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique.
<http://www.sante.gouv.fr/calendrier-vaccinal-detaille-2012.html>

RÉFÉRENCES

- INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS). Surveillance des contaminations professionnelles par le VIH, le VHC et le VHB chez le personnel de santé. Situation au 31 décembre 2009. 2010. 8 pages.
- ROBYN R, GERSHON M, PEARSON JM, SHERMAN MF, SAMAR SM, CANTON AN et al. The prevalence and risk factors for percutaneous injuries in registered nurses in the home. *American Journal of Infection Control* 2009; 7: 525-533.

• MARKKANEN P, QUINN M, GALLIGAN C, CHALUPKA S, DAVIS L, LARAMIE A. There's no place like home: a qualitative study of the working conditions of home health care providers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 2007; 3: 327-337

• GERSHON R, POGORZELSKA M, QURESHI K, SHERMAN M. Home health care registered nurses and the risk of percutaneous injuries: a pilot study. *American Journal of Infection Control* 2008; 3: 165-172.

• BELTRAMI EM, MCARTHUR MA, MCGEER A, ARMSTRONG-EVANS M, LYONS D, CHAMBERLAND ME *et al.* The nature and frequency of blood contacts among home healthcare workers. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 2000; 12: 765-770.

• FASSIER JB. Actualités vaccinales chez les professionnels de santé. *CCLIN sud-est. En Bref*; 2010 48: 1-2.

CHAPITRE V - PROFESSIONNELS

Prévention du risque infectieux chez les professionnels

- Le risque professionnel infectieux existe en HAD, sa prévention repose sur :
 - l'application des précautions standard,
 - une politique vaccinale adaptée,
 - la mise à disposition et l'utilisation adaptée de matériels de sécurité,
 - l'intégration de la sécurité dans l'organisation du travail,
 - l'information et la formation du personnel,
 - une gestion immédiate de l'AES organisée,
 - une conduite à tenir en cas d'AES diffusée et connue,
 - une surveillance des AES dans l'établissement,
 - l'éducation des professionnels libéraux et des aidants,
 - un suivi des bonnes pratiques des soignants.

Gestion des déchets d'activités de soins

Mots-clés Déchets – DAOM – DASRI – Stockage – Transport – Conditionnement.

Objectifs Assurer l'élimination des déchets issus des activités de soins en respectant les conditions d'hygiène et de sécurité et la réglementation en vigueur.
Garantir la protection et la sécurité des professionnels en charge de l'élimination des déchets
Protéger l'environnement de toute contamination.
Maîtriser les dépenses liées à l'élimination des déchets.

Introduction

Les déchets d'activités de soins sont « les déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire ».

Ces déchets peuvent présenter différents risques : infectieux, chimique, toxique, radioactif, mécanique qu'il convient de réduire pour protéger, les patients, les professionnels de santé, les agents chargés de l'élimination des déchets et l'environnement.

L'exposition aux différents risques peut survenir tout au long de la filière d'élimination des déchets.

La responsabilité de cette élimination incombe à :

- l'établissement producteur,
- la personne morale pour le compte de laquelle un professionnel de santé exerce l'activité productrice de déchets (ex. : HAD),
- dans tous les autres cas, la personne physique qui exerce l'activité productrice de déchets dans le cadre de son activité professionnelle (ex. : médecins libéraux, infirmiers libéraux...).

Un tri des déchets à la source doit être instauré en HAD comme dans tout établissement de santé de manière à :

- assurer la sécurité des personnes,
- respecter les règles d'hygiène,
- éliminer chaque type de déchets par la filière appropriée dans le respect de la réglementation,
- contrôler l'incidence économique de l'élimination des déchets d'activités de soins à risques.

Typologie des déchets de soins en HAD

Déchets d'activités de soins non contaminés, assimilables aux ordures ménagères (DAOM)

Ces déchets présentent des caractéristiques physico-chimiques identiques aux déchets provenant des ménages. Ex. : déchets d'emballages, reliefs des repas, fleurs, poubelles de chambres, papiers et cartons, plâtres, bouteilles, verres non souillés par des liquides biologiques, changes à usage unique (sauf en cas d'infection à *Clostridium difficile*) et serviettes périodiques.

S'il existe un tri sélectif, ces déchets assimilables aux ordures ménagères devront être séparés en respectant les consignes de tri diffusées par la commune.

Déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)

Les déchets à éliminer systématiquement par la filière des déchets à risques infectieux en raison de leur nature

- les matériels ou matériaux piquants, coupants ou tranchants, dès leur utilisation, qu'ils aient été ou non en contact avec un produit biologique,
- les flacons de produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption, les tubes de prélèvement de sang, les dispositifs de drainage,
- d'une manière plus générale, tout article de soins et tout

objet souillé par (ou contenant) du sang ou un autre liquide biologique (liquide pleural, péritonéal, péricardique, amniotique, synovial...),

- indépendamment de la notion de risque infectieux, tout petit matériel de soins fortement évocateur d'une activité de soins et pouvant avoir un impact psycho-émotionnel : seringue, tubulure, sonde, canule, drain...

Les déchets à éliminer par la filière des déchets à risques infectieux en raison de leur origine

Certains déchets d'activités de soins nécessitent une évaluation au cas par cas pour décider de la filière par laquelle ils sont éliminés (soit la filière des DASRI ou DAOM) ex. : gants. Cette décision fait l'objet d'une validation par l'établissement.

Les déchets d'activités de soins non contaminés assimilables aux ordures ménagères

Conditionnement

Le conditionnement primaire usité est le sac plastique le plus souvent de couleur noir ou vert.

L'élimination

Elle est fonction du lieu de résidence du patient et du mode de traitement.

Les déchets d'activités de soins à risques infectieux

Conditionnement

Les conditionnements constituent une barrière physique contre les déchets blessants et les microorganismes pathogènes, ils doivent être disponibles sans rupture d'approvisionnement.

À domicile

Les conditionnements doivent permettre le tri à la source et être adaptés :

- au type de déchets produits (perforants, solides/mous, liquides),
- à la taille des déchets à éliminer et aux flux des déchets produits.

En conséquence, plusieurs types de conditionnements peuvent être mis à disposition :

- sacs,
- caisses en carton avec sac intérieur,
- fûts ou jerricans,
- collecteurs pour les déchets/objets piquants, coupants ou tranchants (OPCT).

Les emballages des DASRI sont à usage unique et de couleur jaune.

Ils sont munis de fermetures temporaires (en cours d'utilisation) et définitives (avant leur enlèvement pour entreposage).

Un repère horizontal indique la limite de remplissage.

Ils comportent également le pictogramme de danger biologique ainsi que l'identification du producteur (nom de l'établissement ou tout codage permettant son identification). Ces emballages doivent répondre aux exigences techniques des normes AFNOR (Tableau I).

En pratique la plupart du temps, **le conditionnement utilisé à la source permet également le stockage des déchets et dans ce contexte, on privilégie les caisses en carton ou les fûts.**

Au sein de l'HAD

Des grands emballages et grands récipients pour vrac (GRV) doivent être disponibles pour recevoir les DASRI préalablement conditionnés. Ils doivent être homologués pour le transport au titre de l'arrêté dit ADR et adaptés à la filière d'élimination. Ils sont réutilisables après avoir été nettoyés et désinfectés par l'entreprise destinataire sur le site de destruction.

Tableau I - Exemple de choix des emballages en fonction du type de déchets.

Type de conditionnement	Norme	Type de DASRI pouvant être entreposés		
		Perforants	Solides ou mous	Liquides
Sacs en plastique ou en papier doublés intérieurement de matière plastique	NF X 30-501		X	
Caisses en carton avec sac intérieur	NF X 30-507		X	
Fûts et jerricans en plastique	NF X 30-505	X	X	
Minicollecteurs et boîtes pour déchets perforants	NF X 30-500	X		
Fûts et jerricans pour déchets liquides	NF X 30-506			X

Le producteur doit être clairement identifié sur ces emballages.

Stockage

À domicile

Dans la mesure du possible, on évitera le transvasement des déchets d'activités de soins à risques infectieux.

Les délais d'entreposage sont fonction des quantités produites mais **il est souhaitable d'organiser un ramassage régulier et au minimum hebdomadaire** si le contenu des poubelles est source d'inconfort pour le patient (odeurs...). Différentes informations doivent être données au patient et/ou à son entourage :

- manipuler les emballages avec des gants,
- réaliser une hygiène des mains après avoir quitté les gants,
- stocker les emballages à l'écart des enfants et des animaux.

Au sein de l'HAD

Un local d'entreposage doit permettre le regroupement des déchets.

Les caractéristiques techniques de ce local sont fixées réglementairement et sont les suivantes :

- inscription mentionnant l'usage apposé de manière apparente,
- identification du local du point de vue de la réglementation incendie,
- superficie adaptée au volume de déchets produits et au rythme de collecte,
- local non chauffé et éventuellement réfrigéré dans le cas de conditions climatiques particulières (départements ou territoires d'outre-mer et assimilés),
- ventilation suffisante, naturelle ou mécanique,
- porte suffisamment large pour laisser passer les conteneurs à fermeture sécurisée,
- éclairage suffisant,
- interdiction d'entreposer des déchets conditionnés dans des sacs à même le sol,
- sols et parois lavables, résistants aux chocs et aux produits détergents et désinfectants,
- poste de lavage des mains à proximité,
- conteneurs mobiles distincts et clairement identifiés pour les déchets d'activités de soins à risques infectieux et les déchets assimilables aux ordures ménagères,
- affichage des consignes et des protocoles internes,
- la présence de nuisibles est à prévenir,
- présence d'une bonde de sol et d'un point de puisage (au moins à proximité),

- séparation entre conteneurs sales et conteneurs propres.

Lorsque la configuration des bâtiments ne permet pas la construction d'un tel local, l'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux peut être envisagé sur des aires grillagées extérieures respectant les prescriptions de l'arrêté relatif aux modalités d'entreposage (article 9 de l'arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques).

Un protocole d'entretien de ce local doit être défini (tâches, fréquences...) et une procédure de traçabilité doit être disponible.

Le compactage des DASRI est interdit pour des raisons d'hygiène et de sécurité.

La durée maximale d'entreposage des DASRI entre leur production et leur traitement est fixée par l'arrêté du 7 septembre 1999 modifié par l'arrêté du 14 octobre 2011 et elle est fonction de la quantité produite par site (**Tableau II**).

« Par site, on entend tout lieu non traversé par une voie publique où sont installées les activités relevant d'une même personne juridique et génératrices des déchets... »

En HAD, le site correspond au domicile du patient.

Tableau II - Délai de traitement des DASRI en fonction du poids produit.

Production de DASRI	Délai maximum pour le traitement
> à 100 kg/semaine	72 heures
> à 15 kg/mois et ≤ à 100 kg/semaine	7 jours
> à 5 kg/mois et ≤ à 15 kg/mois	1 mois
≤ à 5 kg/mois	3 mois

Collecte des DASRI au domicile du patient

Par l'intermédiaire d'un prestataire

UNE CONVENTION

Elle doit être signée entre le prestataire et le responsable de l'établissement.

Grâce à cette convention et aux documents de suivi, le producteur veille au respect des dispositions réglementaires pour les étapes de l'élimination qu'il n'assure pas lui-même mais dont il est responsable.

La convention doit préciser les termes du contrat :

- l'identification du producteur,
- les modalités d'élimination : conditionnement, collecte, transport,

- le coût de la prestation et ce qu'il recouvre,
- les clauses de résiliation.

L'HAD doit s'assurer que la société satisfait aux obligations de la réglementation des transports ADR.

Le conditionnement pour le transport est fourni par le prestataire. Il doit être conforme aux exigences imposées par l'accord européen relatif au transport international des marchandises par route dit ADR (ex. : fût plastique rigide, caisse carton avec sac intérieur...).

Le véhicule appartient à l'entreprise qui en assure la désinfection.

Quant au professionnel, sa tenue, sa formation et son état vaccinal sont de la responsabilité de son employeur.

LA TRAÇABILITÉ

Un bordereau de suivi doit être visé lors de l'enlèvement des déchets.

En HAD, il est admis que ce bordereau ou bon de prise en charge puisse être signé par le patient. Une copie est conservée par l'HAD et un double suit les déchets jusqu'à l'incinération.

Dans un délai d'un mois après incinération, le prestataire renvoie une copie du bordereau définitivement renseigné. Ces deux documents doivent être conservés pendant trois ans par le responsable de l'HAD.

Par l'HAD

LE CONDITIONNEMENT

Les sacs plastiques et certaines boîtes à aiguilles ne peuvent pas être homologués pour le transport car ils ne répondent pas aux exigences techniques imposées. Ils doivent être placés pour être transportés dans un emballage homologué type caisse carton avec sac intérieur ou fût plastique.

LE VÉHICULE

Les obligations sont liées à la masse de déchets transportés :

- si masse inférieure ou égale à 15 kg : un véhicule de service ou un véhicule personnel peut être utilisé ;
- si masse supérieure à 15 kg et inférieure à 333 kg, quelques obligations sont liées à l'ADR.

Les véhicules à deux ou trois roues sont interdits pour le transport des DASRI.

Les emballages sont transportés à l'intérieur des véhicules, dans des compartiments solidaires des véhicules ou dans des caissons amovibles qui leur sont réservés.

- Pour les véhicules avec compartiments solidaires : ils sont séparés de la cabine du conducteur par une paroi pleine et rigide ; ils permettent d'éviter tout contact entre leur contenu et le reste du chargement ;

leurs parois sont en matériaux rigides, lisses, lavables, étanches aux liquides et permettant la mise en œuvre aisée d'un protocole de désinfection ; leurs planchers doivent être étanches aux liquides et comporter un dispositif d'évacuation des eaux de nettoyage et de désinfection.

- Pour les véhicules avec caissons amovibles : leurs parois et planchers sont en matériaux rigides, lisses et étanches aux liquides. Ils sont facilement lavables et permettent la mise en œuvre aisée d'un protocole de désinfection. Ils sont munis d'un dispositif de fixation permettant d'assurer leur immobilité pendant le transport. Ils sont munis d'un dispositif de fermeture assurant le recouvrement complet de leur contenu. Il est fermé pendant le transport.

Les compartiments et caissons amovibles sont nettoyés et désinfectés après chaque déchargement. En dehors du personnel de bord, il est interdit de transporter des voyageurs dans des véhicules transportant des DASRI et assimilés.

NB : Si le poids des déchets transportés est supérieur à 100 kg, une copie du récépissé de déclaration d'activité de transport de déchets et une copie conforme de la licence de transport doivent être présentes à bord du véhicule.

LE PROFESSIONNEL

La tenue est fournie et entretenue par l'employeur. Elle doit être complétée par un baudrier fluorescent, une paire de gants de protection et un équipement de protection des yeux.

Information et formation

Elle est fournie par l'employeur sous forme d'instructions écrites ou d'affiches. Elle doit comprendre :

- la notion de risque infectieux entre autres,
- les mesures d'hygiène de base (hygiène des mains, utilisation des équipements de protection individuelle...),
- la typologie du tri,
- les mesures de sécurité et des conditions de travail tout au long de la filière d'élimination,
- la procédure en cas d'AES,
- la sensibilisation au coût de traitement des DASRI.

Ces formations/informations doivent être renouvelées à intervalles réguliers et leur évaluation doit être prévue.

Le suivi médical et les vaccinations sont assurés par la médecine du travail.

Évaluation

Différents axes d'évaluation sont possibles :

- audit de connaissances par questionnaire des professionnels de santé sur le protocole de tri et d'élimination des déchets,
- audit de connaissances par questionnaire sur le protocole AES pour les professionnels chargés du transport des déchets,
- audit de pratique par observation ou autoévaluation sur le tri des déchets à la source,
- audit de pratiques par observation ou autoévaluation sur la désinfection des véhicules et des locaux d'entreposage.

Ces actions d'évaluation permettront un suivi du respect des bonnes pratiques de gestion des déchets et la mise en œuvre si nécessaire d'actions correctrices.

Bibliographie

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ. Arrêté du 14 octobre 2011 modifiant les arrêtés du 7 septembre 1999 relatifs aux modalités d'entreposage et au contrôle des filières d'élimination des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques. Journal officiel 2011. 3 pages.

- MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ. Arrêté du 7 septembre 1999 relatif aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques. Journal officiel 1999, p. 14685-14686.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Sécurité sanitaire dans les établissements de santé : réglementation applicable. 2009, p. 130-139.

RECOMMANDATIONS

- INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE ET DE SÉCURITÉ (INRS). Déchets infectieux. Élimination des DASRI et assimilés Prévention et réglementation. 2011, 55 pages.
- CENTRE DE COORDINATION DE LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES (CCLIN) SUD-EST. Fiches pratiques pour la prévention du Risque Infectieux – Environnement, fiche « Déchets ». 2010, 6 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS. Déchets d'activité de soins : comment les éliminer ? 2009, 90 pages.
- MEAH. La gestion des déchets dans les établissements de santé. 2008, 37 pages.
- DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES (DRASS) DE LORRAINE. DASRI, les déchets d'activités de soins à risques des professionnels libéraux de santé. Obligation et solutions d'élimination. 2007, 14 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Infections liées aux soins réalisées en dehors des établissements de santé. Guide de prévention. 2006 : 89-93.

RÉFÉRENCES

- SAUVAGE E. Hygiène et soins à domicile. Soins aides-soignantes 2007; 19: 8-9.
- CHARLES E. L'élimination des déchets de soins diffus. Revue de l'infirmière 2000; 59: 39-41.

CHAPITRE VI - DÉCHETS

Gestion des déchets d'activités de soins

- L'HAD est responsable de l'élimination des déchets produits au domicile du patient.
- Les déchets doivent être triés dès leur production.
- Les DASRI doivent être éliminés dans des emballages spécifiques.
- L'HAD est soumise aux mêmes obligations que tout établissement de santé concernant la filière d'élimination des DASRI.
- La production diffuse chez les patients génère une différence au niveau de la collecte par :
 - une fréquence variable en raison du faible volume de production des déchets,
 - par le mode de ramassage qui peut être réalisé par un prestataire ou par l'HAD.
- Lors du recours à un prestataire de service pour l'élimination, l'HAD reste responsable et doit exiger une convention écrite, un bordereau de suivi et le retour du bordereau.

Éducation des patients et des aidants

Mots-clés Aidants – Accompagnement – Éducation.

Objectifs Assurer la continuité et la cohérence de la gestion du risque infectieux entre l'hospitalisation conventionnelle et l'hospitalisation à domicile.
Permettre aux patients et/ou aux aidants de pratiquer certains gestes techniques, indispensables à la vie quotidienne, en intégrant la notion de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins et à l'environnement.

Le contexte spécifique de l'HAD

L'hospitalisation à domicile est une hospitalisation à part entière au domicile du patient. Elle exige une collaboration permanente et sans faille entre tous les partenaires de soins à domicile, qu'ils soient médicaux, paramédicaux et/ou les aidants.

Il est important de rappeler que collaboration signifie un partage de pratiques, de logiques et de savoirs différents, dans un objectif précis d'amélioration de la qualité de la prise en charge du patient.

En effet, dans ce cadre d'intervention, même si le personnel est joignable en permanence, il n'est pas présent au domicile 24 heures/24. Il est donc indispensable que le patient et ses aidants soient impliqués pour assurer en toute sécurité, la surveillance clinique (fièvre...) et la continuité des soins, en dehors des horaires de passages : c'est dans ce cadre-là que leur éducation prend toute sa dimension et son sens.

La démarche d'éducation du patient et/ou des aidants est adaptable à tous les domaines : prévention des infections associées aux soins, diabète, etc.

Cette dimension sociale, voire sociétale, qui la différencie des structures d'hospitalisation conventionnelles, conduit les établissements d'HAD à mettre en place des actions spécifiques autour du patient :

- éducation, responsabilisation et apprentissage des aidants naturels dans l'accompagnement de cette démarche,
- familiarisation avec certains gestes quotidiens visant à

améliorer son confort en complément des interventions régulières des professionnels de santé,

- sollicitation d'aidants externes (auxiliaires de vie, aides ménagères, gardes-malades...) éventuels, pour alléger le quotidien pesant sur l'entourage, grâce aux assistantes sociales de l'HAD.

L'ensemble des mesures citées a montré son efficacité et l'impact positif sur la qualité de la prise en charge du patient et le confort des aidants. Cependant, il est nécessaire d'assurer un équilibre entre une prise en charge de qualité par les professionnels avec des soins de haute technicité, et le développement d'une solidarité de proximité, qui doit être encouragée sans pour autant devenir un poids insupportable pour l'entourage, tout en respectant les recommandations de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins.

Ce difficile challenge est relevé quotidiennement par l'ensemble des professionnels de santé intervenant dans le cadre de l'HAD au contact des aidants. Aujourd'hui, cette notion d'aidants est très largement utilisée, mais qui sont-ils ?

Qu'est-ce qu'un aidant ?

Le terme d'aidant a été attribué à toute personne, professionnelle ou non, qui apporte de l'aide à une personne dépendante.

Une personne dépendante est une personne qui a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de

la vie ou qui a besoin d'une surveillance régulière (handicapé physique ou mental, malade, personne âgée...).

On peut différencier deux types d'aidants :

- **l'aïdant naturel** aussi appelé aidant proche ou aidant familial, est le plus souvent un membre de la famille (conjoint, enfant...), mais il peut s'agir d'un voisin ou d'un ami. Ce terme d'aidant familial ne désigne pas un statut juridique mais la reconnaissance d'un fait. Le choix d'être aidant familial est souvent lié à la proximité géographique ou affective ;
- **l'aïdant professionnel** aussi nommé auxiliaire de vie sociale, aide à domicile, assistant de vie, aide-ménagère, garde à domicile... intervient au domicile.
 - Il est formé, et de plus en plus souvent diplômé : il a donc les connaissances nécessaires pour l'écoute et l'aide à la personne dans les tâches et gestes de la vie quotidienne.
 - Souvent, il intervient plusieurs heures par jour chez l'aïdé et cela pendant une période plus ou moins longue.

Considérant que les aidants professionnels, en convention avec l'HAD, ont déjà des acquis techniques, ce chapitre s'adresse plus particulièrement aux aidants naturels, non préparés pour l'aide à la réalisation des soins quotidiens.

Les conditions requises pour l'éducation des patients et/ou des aidants

Depuis la loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, de nombreux textes sont venus étayer **la place centrale de l'usager** (patient, personne de confiance, aidant...) dans le système de santé français. Mais le manque de reconnaissance et de valorisation spécifique de l'activité d'éducation du patient et/ou des aidants, ne favorise pas forcément cette activité qui mérite de trouver pleinement sa place dans la filière de soins.

L'HAD, dispositif sanitaire moderne, au carrefour de l'hospitalier et de l'ambulatoire, apporte des réponses car elle intègre, à travers sa pluridisciplinarité, une réelle démarche médico-sociale.

Elle s'appuie obligatoirement sur un environnement familial ou amical proche, facteur fondamental de la réussite de la prise en charge, car la présence et le soutien actif des aidants naturels contribuent fortement à accompagner les interventions des professionnels.

Pour cela, certaines conditions sont nécessaires :

Pour les patients

- le consentement,
- le choix de l'aidant.

Pour les aidants

- la motivation à participer à la prise en charge,
- la disponibilité,
- la capacité physique et psychique/compétences,
- la volonté exprimée par le proche et/ou le patient,
- la proximité géographique.

Pour les soignants

- recueil du consentement conjoint du proche et du patient,
- évaluation de la capacité et des connaissances du proche ou du patient,
- préservation du lien du couple aidant-patient, sans s'immiscer dans la relation,
- non-instrumentalisation du proche,
- temps nécessaire à l'éducation,
- formation au diagnostic éducatif et à l'accompagnement.

Les missions des patients et/ou des aidants

Quand les conditions sont requises, il est indispensable de préciser aux aidants leurs missions :

- relayer les soignants, car ceux-ci ne restent pas à domicile en permanence,
- respecter les précautions standard pour limiter le risque infectieux,
- participer aux orientations thérapeutiques,
- aider à la bonne observance des traitements,
- apporter un soutien psychologique,
- gérer et organiser le calendrier de parcours de soins,
- informer les professionnels de l'HAD, dans le cadre de la veille sanitaire.

L'accompagnement et l'éducation des patients et/ou des aidants

Le concept d'éducation relève de la transmission de savoir-faire et de savoir-être, grâce à l'exemple donné par le professionnel de santé qui se rend à domicile.

Il pourrait d'ailleurs être envisagé qu'un professionnel soit désigné comme « correspondant », susceptible de répondre aux attentes des aidants, au niveau d'un territoire de proximité. Il peut s'agir d'une IDE coordinatrice formée, ou d'un autre professionnel, selon les thèmes à aborder (sage femme, auxiliaire de puériculture, diététicienne, IDE hygiéniste...).

Approche de la démarche

Cette approche éducative s'inscrit dans l'évolution logique des soins et de l'hospitalisation à domicile. En effet, l'HAD offre ses compétences dans le domaine du soin, en assurant le relais entre les secteurs sanitaires et médico-sociaux, préparant ainsi les conditions d'autonomie à domicile.

L'éducation offre une plus-value au patient, car cela lui permet de ne pas perdre son indépendance. Le patient doit rester, dans la mesure du possible, acteur de sa prise en charge (par exemple, pour son hygiène corporelle, la gestion de son incontinence...). La réalisation de certains soins ne peut être confiée aux aidants qu'après consentement mutuel dans le cadre d'une relation de confiance maîtrisée et organisée, car le patient pourrait se sentir atteint dans son intimité.

Cette démarche permet donc d'assurer la sécurité des soins quotidiens, en conciliant autonomie et sécurité par l'apport du savoir-faire et savoir-accompagner des professionnels de santé.

L'éducation du patient et des aidants fait pleinement partie des missions des établissements d'HAD, elle s'intègre dans une démarche plus globale qui prend en compte les actions d'éducation déjà réalisées à l'hôpital, ainsi que les pratiques mises en place dans les réseaux de soins à domicile. C'est pourquoi les notions d'accompagnement, d'éducation, voire de formation apparaissent complètement justifiées, au vu des missions et des tâches confiées quotidiennement aux aidants.

Principes de la démarche

Les professionnels de l'HAD évaluent la situation du patient dans son environnement, afin de s'assurer de son adaptabilité matérielle et psychologique. L'équipe pluridisciplinaire joue un rôle d'accompagnateur, cela conduit à éduquer le patient, les aidants, en les familiarisant aux principes de base à respecter quotidiennement pour limiter le risque infectieux du patient fragilisé par la maladie, ou pour limiter la diffusion des microorganismes dont il est porteur. L'aidant va l'accompagner et l'aider à respecter les consignes données par les soignants.

L'équipe soignante, l'assistante sociale, le psychologue et l'ensemble des intervenants au domicile vont encadrer et soutenir le patient et/ou les aidants, en restant attentifs à leurs besoins et demandes, et en évaluant régulièrement si les messages qu'ils ont diffusés, sont compris et appliqués.

La démarche d'éducation

L'éducation est, par définition, un processus par étapes, intégré aux soins, qui comprend un ensemble d'activités

de sensibilisation, d'informations, d'apprentissages et d'aide psychologique et sociale, concernant la maladie, les traitements, les soins, les comportements.

Ce processus vise à :

- aider le patient et son entourage à comprendre la maladie et son évolution, les traitements, la prévention des infections associées aux soins et/ou à l'environnement,
- acquérir des compétences d'auto-soins et d'adaptation à la maladie,
- favoriser un retour aux activités normales.

La démarche éducative du patient fait partie intégrante du projet institutionnel. En effet, l'institution doit manifester sa volonté de valoriser et de formaliser l'activité éducative.

Le groupe de travail pluridisciplinaire

À titre d'exemple, en fonction des types de prises en charge de l'établissement, un groupe de travail pluridisciplinaire peut être constitué de :

- aides-soignants,
- IDE,
- IDE coordonnateurs,
- auxiliaires de puériculture,
- sages-femmes,
- cadres de santé,
- IDE ou cadres hygiénistes,
- correspondants en hygiène,
- psychologues,
- diététiciens,
- assistantes sociales,
- médecins coordonnateurs, etc.

Ce groupe a pour missions de :

- élaborer des outils éducatifs adaptés à la démarche éducative :
 - plaquettes informatives, simples, illustrées, colorées, ludiques, facilitant la lecture et la compréhension,
 - fiches techniques de soins, simplifiées, se limitant aux informations nécessaires à l'intervention des aidants.
- organiser la diffusion de ces outils,
- rédiger une procédure de prise en charge éducative,
- sensibiliser au diagnostic éducatif et accompagner les équipes.

En complément, et en fonction du domaine de compétences de chaque participant du groupe :

- conseils téléphoniques,
- visites à domicile,
- informations réalisées avec l'aide de supports un peu plus techniques,
- formations des aidants.

La méthodologie

Elle est centrée sur le patient :

- identifier ses besoins : qu'a-t-il ? que sait-il ? que fait-il ? qui est-il ? quels sont ses projets ?
- réaliser un diagnostic éducatif,
- définir les objectifs,
- établir un contrat d'éducation,
- mettre en place les actions éducatives,
- évaluer ces actions.

IDENTIFIER LES BESOINS

Les besoins sont évalués au moment de la pré-admission par l'IDE coordinatrice :

- matériel, consommables en lien avec des mesures complémentaires éventuelles,
- coordination et cohérence des pratiques avec l'équipe hospitalière et/ou le réseau de soins,
- repérage des facteurs limitant ou facilitant l'observance des règles d'hygiène,
- communication sur l'éventuel repérage de BMR,
- nécessité de conseils téléphoniques par un professionnel de la prévention des IAS auprès des aidants.

À l'admission, les données sont vérifiées, réajustées si nécessaire, puis validées.

RÉALISER UN DIAGNOSTIC ÉDUCATIF,

ÉTABLIR UN CONTRAT D'ÉDUCATION

ET METTRE EN PLACE LES ACTIONS ÉDUCATIVES

À J 2-J 3, le diagnostic éducatif est réalisé (voir annexe IV), les objectifs éducatifs sont négociés avec le patient et/ou l'aidant, le contrat éducatif est déterminé.

En fonction du diagnostic éducatif, des actions sont mises en place, en adaptant le moyen utilisé :

- **réalisation du geste** avec le patient et/ou l'aidant jusqu'à ce qu'il soit acquis,
- communication par divers moyens comme **des plaquettes informatives**.

Elles sont élaborées en groupe de travail, testées auprès de patients avant d'être validées par l'instance chargée de la gestion des risques. Le principe de base est de rester simple dans l'élaboration, de limiter le texte, de réaliser un document ludique, qui donne envie d'en prendre connaissance. Il est également essentiel d'utiliser un vocabulaire simple, accessible à tous, et de ne surtout pas employer le jargon des soignants (termes médicaux, sigles...).

Les thématiques incontournables concernent : les précautions standard dont l'hygiène des mains, la toilette corporelle, le change, les soins de bouche, l'hygiène de l'environnement proche du patient, l'ergonomie. D'autres thématiques s'ajouteront bien évidemment, en fonction de la prise en charge souhaitée.

- **des conseils téléphoniques** peuvent être dispensés pour préparer l'environnement du patient (retour d'un patient aphasique, précautions standard ou complémentaires...);
- **des visites à domicile** par un professionnel autre que les IDE peuvent s'avérer nécessaires, afin de mieux adapter les conseils et recommandations au contexte de vie du patient. Ces visites, très appréciées, doivent être annoncées par l'IDE coordinatrice et acceptées par le patient.

ÉVALUER CES ACTIONS

Les actions mises en place sont évaluées régulièrement, à un rythme adapté à la situation. Chaque évaluation réalisée est tracée sur une grille élaborée par le groupe de travail, ou par le professionnel concerné. Cette grille reprend tous les critères essentiels à la dispensation de soins de qualité, conformes à la prévention et à la lutte contre les infections, et à la gestion des risques liés aux soins et à l'environnement. Des exemples de grille figurent en annexe V.

Bibliographie

TEXTES RÉGLEMENTAIRES

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. 2005. 28 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Circulaire DH/E02/2000/295 du 30 mai 2000, relative à l'hospitalisation à domicile. 2000. 6 pages.
- Code de la santé publique, dans l'article L1111-6-1.

RECOMMANDATIONS

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques (2007-2011). Rapport du groupe de travail n° 2 sur le rôle des aidants et des acteurs de santé. 2010. 43 pages.

RÉFÉRENCES

- SLIMAN G. Qui sont les aidants ? Principaux enseignements de la phase de constitution du premier panel national des aidants familiaux. *Réciproques* 2009; (1): 27-34.
- SLIMAN G. Les aidants face aux soignants : un partenariat à renforcer ? *Réciproques* 2009; (2): 29-39.
- HUBERT E. Reconnaître et soutenir davantage la place des aidants en HAD. *Réciproques* 2010; n° spécial: 170-171.

CHAPITRE VII - ÉDUCATION

Éducation des patients et des aidants

- Le patient et/ou les aidants naturels occupent une place toute particulière dans la prise en charge, et leur implication est indispensable pour la prévention du risque infectieux.
 - La démarche d'éducation est initiée dès le projet d'HAD, au moment de la visite d'évaluation.
 - L'éducation est en priorité délivrée au patient si un aidant intervient, le consentement mutuel (patient et aidant) est nécessaire.
 - En devenant « partenaire de soins », l'aidant est confronté à de nouvelles missions.
 - Cette démarche institutionnelle est conduite par un groupe de travail pluridisciplinaire.
- La méthodologie employée est celle de toute démarche qualité, à savoir :
 - Faire un état des lieux :**
 - identifier les besoins du patient et/ou de l'aidant,
 - réaliser un diagnostic éducatif, cibler des objectifs et établir un contrat d'éducation.
 - Mettre en place des actions d'amélioration :**
 - diffuser des plaquettes informatives réalisées par le groupe de travail,
 - éduquer le patient et/ou l'aidant,
 - prodiguer des conseils téléphoniques.
 - Évaluer les actions éducatives :**
 - réaliser des visites à domicile,
 - utiliser des grilles d'évaluation adaptées aux thématiques enseignées et réitérer cette démarche jusqu'à l'obtention de la maîtrise maximale du risque infectieux lié aux soins et à l'environnement

Annexe IV

Exemple d'un outil d'aide à la réalisation du diagnostic éducatif

Diagnostic éducatif

Date : Nom :

Fonction : Cadre de santé IDE coordinatrice IDE Autre :

Contrat de soins :

Domaines d'apprentissage :

- Hygiène des mains
- Gestion de la sonde urinaire à demeure
- Aspirations bronchiques
- Alimentation entérale

Personne concernée :

- Patient
- Aidant
- Autre :

Choix négocié :

- Objectif 1 :
- Objectif 2 :

Utilité perçue :

- Très importante
- Importante
- Peu importante
- Faible

Difficulté pour comprendre (de 1 à 10 : 10 étant le plus difficile) :

Difficulté pour apprendre (de 1 à 10 : 10 étant le plus difficile) :

Intervenants impliqués dans la démarche éducative :

- Cadre de santé
- IDE coordinateur
- IDE
- Hygiéniste
- Autres :

Bilan éducatif final

Date : Nom :

Fonction : Cadre de santé IDE coordinatrice IDE Autre :

Compétences acquises :

Difficultés existantes :

Nécessité d'un relais Oui Non Préciser :

Liaisons avec le médecin traitant ou hospitalier Si oui, à quelle date ?/...../.....

Finalité de l'action éducative :

- Accompagnement à l'autonomie complète
- Acquisition de compétences spécifiques à un problème particulier

Annexe V

Exemples de grille d'évaluation de pratiques

Dates		.../.../...			.../.../...			.../.../...		
		Acquis	Partiellement acquis	Non acquis	Acquis	Partiellement acquis	Non acquis	Acquis	Partiellement acquis	Non acquis
Hygiène des mains	Pas de bijoux									
	Pas d'alliance									
	Ongles courts									
	Utilisation de PHA									
	Gestuelle									
	Juste avant le soin									
	Juste après le soin									

Dates		.../.../...			.../.../...			.../.../...		
		Acquis	Partiellement acquis	Non acquis	Acquis	Partiellement acquis	Non acquis	Acquis	Partiellement acquis	Non acquis
Préparation et entretien des biberons	Hygiène des mains									
	Préparation sur surface propre									
	Quantité d'eau adaptée aux besoins du bébé									
	Eau en bouteille < 48 heures									
	Eau chauffée avant de mettre le lait dans le biberon									
	Nombre adapté de dosettes de lait									
	Vérification température du lait, avant tétée									
	Si biberon non bu, conservation conforme									
	Entretien adapté à l'âge ou poids du bébé									

Glossaire

Accident avec exposition au sang (AES) Tout contact avec du sang ou un liquide biologique contenant du sang et comportant soit une effraction cutanée (piqûre, coupure) soit une projection sur une muqueuse (œil) ou sur une peau lésée. (SF2H)

AFNOR Association française de normalisation. Association ayant pour mission de coordonner les programmes de normalisation en France et d'encourager la diffusion et l'application des normes.

Asepsie Ensemble de mesures propres à empêcher tout apport exogène de microorganismes ou de virus. (SF2H)

Antiseptie Application d'un antiseptique = opération au résultat momentané permettant au niveau de tissus vivants, dans la limite de leur tolérance, d'éliminer ou de tuer les microorganismes et/ou d'inactiver les virus, en fonction des objectifs. (AFNOR)

Antiseptiques Substances antibactériennes non spécifiques agissant globalement et rapidement sur des bactéries, virus, champignons et spores.

L'activité d'un antiseptique est :

- bactéricide, s'il tue les bactéries ;
- bactériostatique, s'il inhibe les bactéries temporairement ;
- fongicide, s'il tue les champignons ou levures ;
- virucide, s'il tue les virus ;
- sporicide, s'il détruit les spores.

Contamination Présence d'un élément indésirable dans un fluide, sur une surface ou dans un espace protégé. Dans le cas d'une contamination biologique, on utilisera le terme biocontamination. (ASPEC)

Déchets d'activités de soins Déchets issus des activités de diagnostic, de suivi et de traitement préventif, curatif ou palliatif, dans les domaines de la médecine humaine et vétérinaire. On distingue les déchets d'activités de soins assimilés aux déchets ménagers et les déchets d'activités de soins à risques. Ces derniers comportent plusieurs catégories qui correspondent à des filières d'élimination distinctes. (Ministère de la Santé)

Déchets d'activités de soins à risque infectieux (DASRI) Déchets d'activités de soins contenant des microorganismes viables ou leurs toxines, dont on sait ou dont on a de bonnes raisons de croire qu'en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme, ils causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants. Les déchets perforants, les poches de produits sanguins et les déchets anatomiques humains sont considérés comme des déchets d'activité de soins à risques infectieux et doivent être éliminés comme tels. (Art. R.1335-1 du code de la santé publique)

Détergent Produit nettoyant ne contenant pas d'agent antimicrobien (hormis pour un effet conservateur). Ces produits sont destinés aux surfaces et matériaux inertes, instruments et matériel médico-chirurgical. (SF2H)

Désinfectant Produit contenant au moins un principe actif doué de propriétés antimicrobiennes et dont l'activité est déterminée par un système normatif reconnu. Ce produit doit satisfaire aux normes AFNOR de base de bactéricidie (NF EN 1 040) et peut, en outre, présenter des caractéristiques supplémentaires : fongicide (NF EN 1 275), virucidie (NF T 72-180), sporicide (NF T 72-230 ou NF T 72-231). (SF2H)

Désinfection Opération au résultat momentané, permettant d'éliminer ou de tuer les microorganismes et/ou d'inactiver les virus indésirables portés par des milieux inertes contaminés en fonction des objectifs fixés. Le résultat de cette opération est limité aux microorganismes présents au moment de l'opération. (Afnor, 1981, NF T 72-101)

L'évolution de la réglementation européenne a élargi cette définition qui prend en compte aussi la peau saine (ex. : désinfection des mains) (Comité européen de normalisation CEN/TC 216).

Dispositif invasif Dispositif qui pénètre partiellement ou entièrement à l'intérieur du corps ; soit par un orifice du corps, soit à travers la surface du corps. (Code de la santé publique, Annexes, Livre 5 bis : Dispositions relatives aux dispositifs médicaux, Art. Annexe IX aux articles R665-1 à R665-47, I. définitions).

Dispositif médical (DM) Tout instrument, équipement, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article, seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels intervenant dans son fonctionnement, destinés par le fabricant à être utilisés chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas

obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. (Art. L. 665-3 du Code de la santé publique).

Ces dispositifs sont destinés à être utilisés à des fins (Art. R. 665-1):

- de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement, ou d'atténuation d'une maladie;
- de diagnostic, de contrôle, de traitement, d'atténuation ou de compensation d'une blessure ou d'un handicap;
- d'étude, de remplacement ou de modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique;
- de maîtrise de la conception.

Incidence Indicateur épidémiologique mesurant la fréquence de survenue d'une maladie pendant une période de temps donné.

ICALIN Indice composite d'évaluation des activités de lutte contre les infections nosocomiales. Un des indicateurs du tableau de bord. Il s'agit d'un indicateur de processus permettant de mesurer les actions de prévention et de contrôle des infections nosocomiales au sein des établissements. (*Ministère de la Santé*)

ICSHA Indice composite de consommation des solutions hydroalcooliques. Un des indicateurs du tableau de bord. (*Ministère de la Santé*)

Infection associée aux soins (IAS) Infection survenant au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et, si elle était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge. (*CTINILS*)

Lavage simple des mains Opération ayant pour but d'éliminer les salissures et de réduire la flore transitoire par action mécanique, utilisant de l'eau et du savon « doux », uniquement détergent. (*SF2H*)

Liquide biologique Sang, ou tout autre produit d'origine humaine (ex : aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et linge souillés, etc.).

Matériel de sécurité Dispositifs conçus pour diminuer le risque de survenue d'accidents exposant au sang en établissant une barrière entre le soignant et le matériel ou le produit biologique à risque. Ils sont un des éléments de la prévention des AES, au même titre que les précautions standard. Cette dénomination regroupe des matériels très

différents, représentés en majorité par des dispositifs médicaux (DM, mais également des équipements de protection individuelle (EPI), ainsi que des dispositifs ne rentrant dans aucune de ces deux classes (collecteurs pour piquant/tranchants, destructeurs d'aiguilles...). (*GERES*)

Matéiovigilance La matériovigilance a pour objet : la surveillance des incidents ou des risques d'incidents pouvant résulter de l'utilisation des dispositifs médicaux après leur mise sur le marché. Elle accompagne la mise en place des nouvelles règles de mise sur le marché des dispositifs médicaux, adoptées par les États membres de l'union européenne : le marquage CE selon les directives européennes. La matériovigilance comporte notamment le signalement, l'enregistrement, l'évaluation et l'exploitation des informations signalées dans un but de prévention.

Norme Spécification technique qui concerne la fabrication d'un produit ou la réalisation d'une opération, et qui est établie à des fins de qualité, de sécurité ou d'uniformisation. (*AFNOR*)

Précautions standard Les précautions d'hygiène sont à appliquer pour tout patient quel que soit son statut sérologique. Elles doivent être respectées par tout soignant lors d'une situation à risque, c'est-à-dire lors d'un acte présentant un risque de contact ou projection avec des produits biologiques, la peau lésée ou une muqueuse.

Les produits biologiques concernés dans la transmission du VIH et des virus des hépatites B et C sont ceux pour lesquels une contamination a été prouvée ou est possible (Annexe I). Compte tenu des risques liés aux autres agents infectieux notamment bactériens, ces précautions d'hygiène sont applicables à tous les produits d'origine humaine. (*Circulaire n° 249 du 10 avril 1998*)

Précautions complémentaires d'hygiène Les précautions complémentaires (PCH) ont pour but de faire barrière à la diffusion d'un agent infectieux connu ou présumé à partir d'un patient ou de son environnement immédiat. Elles sont parfois nécessaires en complément des précautions standard pour certains pathogènes ou symptomatologie. Il existe plusieurs types de précautions complémentaires : précautions complémentaires contact, précautions complémentaires gouttelettes, précautions complémentaires air.

Prévalence Mesure de la fréquence d'un événement. On appelle prévalence des infections acquises dans une population pendant une période donnée ou à un moment donné, le nombre des infections présentes (nouveaux cas et cas antérieurs en cours de traitement).

Procédure Manière spécifiée d'accomplir une activité. Les procédures précisent les missions des services opérationnels en matière de qualité, les responsabilités qui en découlent. (AFNOR)

Une procédure écrite comporte généralement l'objet et le domaine d'application d'une activité : ce qui doit être fait et qui doit le faire : quand, où et comment cela doit être fait ; quels matériels, équipements et documents doivent être utilisés ; et comment cela doit être maîtrisé et enregistré.

Risque infectieux Le risque infectieux est la résultante d'une exposition aux microorganismes susceptibles de provoquer une infection. (SF2H)

Stérilisation Opération permettant d'éliminer ou de tuer les microorganismes portés par des milieux inertes contaminés (instruments, matériels...). (AFNOR)

Tableau de bord Le tableau de bord est une façon de présenter un certain nombre d'informations simples et sélectives (résultats d'indicateurs). Il permet un suivi dans le temps et des comparaisons entre les établissements, fac-

teurs d'amélioration de la qualité. Avant tout, il répond à une demande légitime d'information et de transparence de la part des usagers. Il comprend cinq indicateurs : ICALIN, ICSHA, SURVISO, ICATB, SARM. (Ministère de la Santé)

Transmission croisée La transmission croisée définit la transmission de certains microorganismes (bactéries, virus, champignons) de patient à patient, de l'environnement à un patient. Les modes de transmission sont de trois types : transmission par contact, transmission par gouttelettes, transmission aérienne. (SF2H)

Usage unique Matériel ou dispositif médical à usage unique destiné à une seule utilisation (Circulaire n° 669 du 14 avril 1986 relative à l'interdiction de restériliser le matériel médico-chirurgical non réutilisable dit « à usage unique »). Stériles ou non, ils sont signalés par un symbole 2 barré dans un cercle qui indique qu'ils ne doivent pas être réutilisés ou ne doivent pas bénéficier d'une procédure d'entretien en vue d'une réutilisation quelle que soit leur utilisation initiale. (Circulaire n° 51 relative à l'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique du 29 décembre 1994)



**Prévention
des infections**
associées aux soins
**en hospitalisation
à domicile**

Recommandations du CCLIN sud-est
Novembre 2012