

DARI

Présentation de l'outil de suivi EMH – IMH

Dr. Mathé médecin hygiéniste - Mme Claudie Le Gall IDE hygiéniste en EHPAD
Hôpital Gériatrique les Magnolias - Ballainvilliers (91) - CH du Sud Seine et Marne (77)
8ème JOURNÉE DESTINÉE AUX EHPAD D'ILE-DE-FRANCE
Prévention d'urisque infectieux en Ehp ad
10 octobre 2017 - Paris

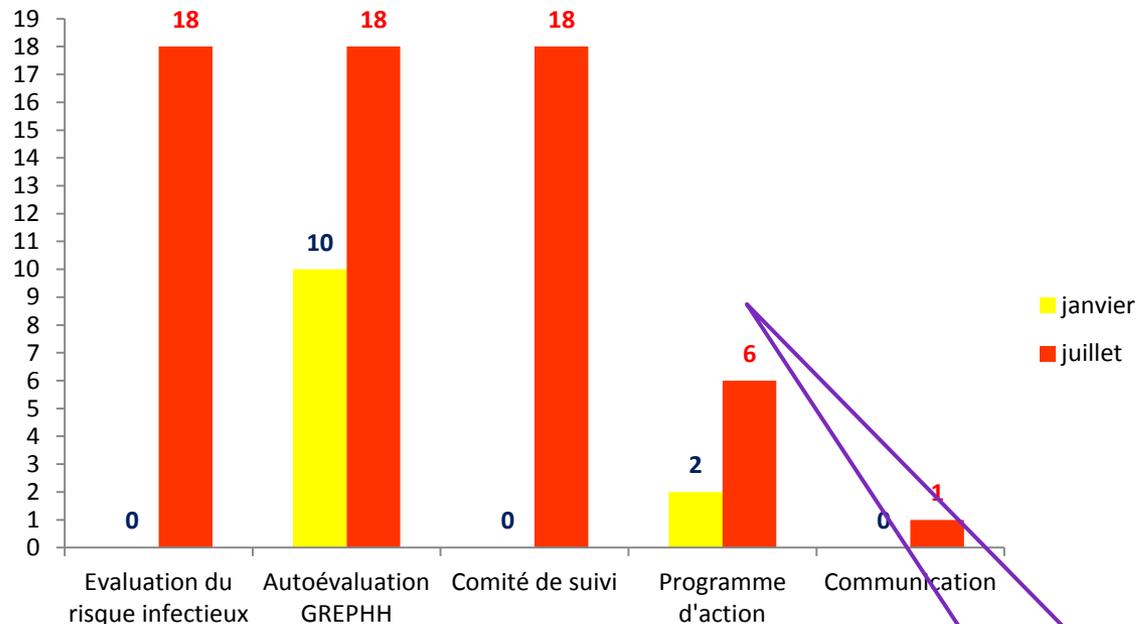


Facteurs de réussite

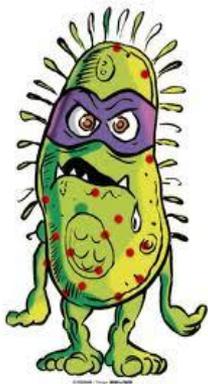
- ✓ **Implication de la direction**
- ✓ **Formation d'un référent en hygiène avec un temps dédié (0,1 ETP?)**
- ✓ **Constitution d'un comité de suivi composé :**
 - du directeur ou de son représentant
 - d'un médecin intervenant dans l'EMS
 - de l'IDEC
 - du référent hygiène
 - d'un personnel technique et/ou d'entretien, gouvernante...
 - De l'EMH / IMH

Exemple : dispositif d'accompagnement du Sud 77 pour 19 EHPAD

- 3 rendez-vous de 4 heures programmés dès le début d'année avec l'IMH
- En janvier : 10 EHPAD sur 19 avaient réalisé leur autoévaluation, dont 2 avec un plan d'action associé. Pas de comité de suivi.



- Dernier temps de travail en novembre pour finalisation du plan d'action



Etape 1: Evaluation du risque

Formalisation du DARI

Groupe de travail du 12/09/2015

Claudie Le Gall, IDE hygiéniste en EHPAD

Evaluation du risque :

- Recenser les épisodes infectieux des 3 dernières années et **les risques par thématique**
- Hiérarchiser les risques infectieux en calculant la criticité: $C = F \times G$ (de 1 à 16)

Echelle de gravité :

- 1-mineure : sans dommage pour la santé,
- 2-moyenne : dommage, sans altération de l'état général,
- 3-élevée : altération de l'état général, mais sans risque vital,
- 4-très élevée : avec risque vital

Echelle de fréquence :

- 1-possibilité faible de survenue (<1 x/an)
- 2-possibilité moyenne de survenue (1 à 3 x/an)
- 3-risque récurrent (1 x/mois)
- 4-possibilité très élevée (récurrent)

Étape 1 = évaluation du risque infectieux dans l'établissement :

- Il faut tout d'abord recenser les épisodes infectieux des 3 dernières années grâce aux documents de suivi existants (rapport médical annuel d'activité, déclarations à l'ARLIN et/ou l'ARS, ...) mais également en faisant appel à la mémoire de tous les acteurs.

Des précisions ont été apportées par le Dr Tahrat¹ le 3 avril 2014 lors de la 5ème journée de formation pour les EHPAD d'Ile de France : « ce n'est pas une étude exhaustive, mais une réflexion de la communauté sur les événements rencontrés. Il s'agit de se souvenir que le risque existe et qu'on l'a rencontré. »

- Puis, déterminer la criticité des épisodes : Criticité = Gravité x Fréquence, en utilisant par exemple l'échelle simple du tableau suivant :

Gravité \ Fréquence		1	2	3	4
		Gravité mineure (sans dommage sur la santé)	Gravité moyenne (dommages sans altération de l'état général)	Gravité élevée (altération de l'état général sans risque vital)	Gravité très élevée (risque vital)
1	Possibilité faible de survenue				
	Possibilité moyenne de survenue				
3	Risque récurrent				
	Possibilité très élevée				

- Et enfin, hiérarchiser les risques infectieux :

	A inscrire en priorité dans le plan d'action
	Actions à mettre en œuvre dans un second temps
	A surveiller

¹ Dr. Anne-Marie Tahrat, Chargée de mission, Service des politiques sociales et médico-sociales, Direction Générale de la Cohésion Sociale, en charge du dossier relatif à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013 (non publié).

Etape 2: Evaluation du dispositif de maitrise

- ✓ **Autoévaluation du GREPHH = audit de moyens**
<http://www.grephh.fr/EHPAD-GREPHH.html>
- ✓ **Evaluation de la mise à disposition des procédures auprès des acteurs**
- ✓ **Implication des résidents et usagers: vaccination, Hdm...**
- ✓ **Audits circuit et pratiques = Commencer par les fondamentaux, puis selon l'analyse des risques**
 - Audits zéro bijou, hygiène des mains, Précautions standard/excréta
 - Gestion des excréta
- ✓ **Suivi d'indicateurs: taux de formations, taux de résidents BMR, Consommation SHA, Consommation tabliers UU, taux de vaccinations...**

Etape 3: le plan d'action

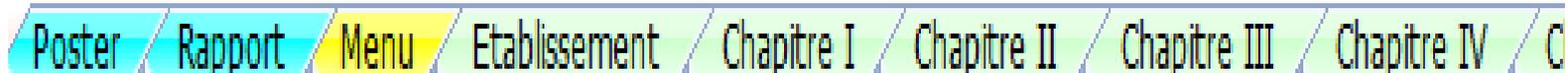
- ✓ **Priorisation: Gestion des excréta, PS, HdM, et selon criticité**
- ✓ **Calendrier +++/ Réévaluation de l'état d'avancement du Plan d'Actions**
- ✓ **Exemples:**
 - Formations HdM du personnel et Suivi de la consommation SHA et tabliers UU
 - Ne pas oublier les résidents et usagers dans le PAQ (hygiène des mains vaccination)
 - Mise en place de la politique Antibiotique, guide de prescription à disposition des MT...
 - le statut BMR dans le DLU,
 - Discuter l'acquisition d'un TROD grippe

Tableau d'aide à l'élaboration du plan d'action DARI	Chapitres	Points faibles de votre organisation.	Action à conduire	Responsable de l'action	Calendrier	Points de situation 1 (Date du comité de suivi)
1	Chapitre I : Organisation des moyens de prévention dans l'établissement					
2	I-1 : Moyens					
3	I-2 : Surveillance / Alerte / Indicateurs					
4	I-3 : Antibiotiques					
5	I-4 : Tenue du personnel dans l'établissement					
6	Chapitre II : Gestion de l'environnement et des circuits					
7	II-1 : Entretien des locaux					
8	II-2 : Hygiène en respiration					
9	II-3 : Gestion du linge					
10	II-4 : Gestion des déchets					
11	II-5 : Gestion de la ventilation					
12	Chapitre III : Gestion des infections					
13	Chapitre IV : Gestion des infections nosocomiales					
14	IV-1 : Actes infirmiers					
15	IV-2 : Antiseptiques					
16	IV-3 : Précautions « standard »					
17	IV-4 : Précautions complémentaires					
18	IV-5 : Hygiène des résidents					
19	Chapitre V : Les vaccinations contre les affections respiratoires					
20	Chapitre VI : Gestion des risques épidémiques					
21	VI-1 : Gale					
22	VI-2 : Tuberculose pulmonaire					
23	VI-3 : Gastro-entérite					
24	VI-4 : Infection respiratoire aiguë basse					
25	Chapitre VII : Prévention des accidents avec exposition au sang					

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

Création de l'outil 'DARI' (1)

A partir du fichier Excel de l'autoévaluation du GREPHH



Insertion d'onglets pour alimenter automatiquement le plan d'action et le DARI rédigé:



1. Onglet 'EHPAD'
(taux d'occupation,
nombre soignants,
coordonnées...)

2. Onglets 'Eval':
criticité du risque avec
plan d'action en regard
et suivi des indicateurs

**3. Onglets
'Outils'**

Création de l'outil 'DARI' (2)



Chapitre VI

- Onglet 'Plan de maîtrise d'épidémie'
- Onglet 'GEA et IRAEpid.'
courbes de suivi automatisées en cas d'épidémie

Résultats et suivi

- Onglet 'Plan d'Action' s'alimentant automatiquement à partir des réponses de l'autoévaluation du GREPHH et des actions cochées dans les onglets « Eval »
- Onglet 'DARI' automatiquement rédigé à partir de l'identification des risques, du suivi des indicateurs, et de la priorisation du Plan d'Action
- Onglet 'Protocole': base de gestion documentaire

Présentation établissement

Courbe / onglet 'DARI'

Permet le calcul du suivi des indicateurs

Permet le calcul du suivi des indicateurs

Renseigne le plan de maitrise d'épidémie et le DARI

	B	C	D	E	F	G	H
1	Re						
2	bleu pâle:						
3	Nom EMS	Adresse	Code postal	Ville	Téléphone		
4	ITAL PRIVE GERIATRIE	77 rue du Perray	91160	Ballainvilliers	01 69 80 46 46		
5							
7		2013	2014	2015	2016	2017	2018
8	Taux d'occupation (à renseigner obligatoirement)	93,7%	92,7%	93,0%	93,9%		
9	Nombre de journées d'hébergement	20522	20298	20356	20558	0	0
10		2011	2013	2015	2016	2017	2018
11	Suivi Global GREPHH (à renseigner obligatoirement)	84,6%	94,3%	95,5%	96,9%		
13	Nombre de Professionnels						
14		2013	2014	2015	2016	2017	2018
15	soignant total (à renseigner obligatoirement)	72	95	78	76		
17	NOM PRENOM	Téléphone	Mail		ANNEE DE PRISE DE FONCTION		
18	Directeur (à renseigner obligatoirement)						
19	Médecin coordonateur (à renseigner obligatoirement)						
20	IDEC/Cadre (à renseigner obligatoirement)						
21	Référent(s) hygiène (à renseigner obligatoirement)						
22	Référent Antibiotiques						
23	Responsable Logistique (à renseigner obligatoirement)						

Autoévaluation du GREPHH

	A	B	C	D
1		CHAPITRE I		
2		ORGANISATION DES MOYENS DE PREVENTION DANS L'ETABLISSEMENT		
3				
4				
5		<i>Rappel: les données sont à saisir dans les cellules vert pâle. Saisie obligatoire pour tous les critères proposés.</i>		
6		<i>Pour certaines questions, lorsqu'une réponse négative est donnée, les questions suivantes apparaissent en gris vous n'avez pas à y répondre.</i>		
7				
8				
9	I-1 Moyens			
10				
11		Votre établissement bénéficie de la présence d'un médecin coordonnateur		
12		<i>1=Oui, 2=Non</i>		
13		Votre établissement:		
14		- a passé une convention avec un établissement de santé		
15		<i>1=Oui, 2=Non</i>		
16		- travaille en réseau avec une équipe opérationnelle en hygiène d'un établissement de santé	1	
17		<i>1=Oui, 2=Non</i>		
18		- dispose d'une infirmière hygiéniste (DU) et/ou d'un praticien hospitalier en hygiène (DU) avec temps dédié à l'activité	2	
19		<i>1=Oui, 2=Non</i>		
20		Une personne référente hygiène (IDE, AS, ...) et/ou relais est en place dans l'établissement	1	
21		<i>1=Oui, 2=Non</i>		
22		Le rapport annuel médical d'activité comporte un chapitre sur l'hygiène et le risque infectieux	1	

Alimente automatiquement le Plan d'action

Criticité et indicateurs: onglets Eval

Renseigner la fréquence de 1 à 4

Point faible prioritaire dans l'onglet 'DARI'

Points à améliorer dans l'onglet 'DARI'

Cocher le plan d'action souhaité

Courbes de suivi dans le DARI

Courbes de suivi dans le DARI

	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N
	Organisation des moyens	Fréquence	Gravité	Risque	Actions Proposées en comité de pilotage	Validation		Suivi autoévaluation GREP HH (à renseigner obligatoirement)	2015	2016	2017	2018	2019
2	Défaut de formation des soignants	2	3	Risque moyen	Formation des nouveaux embauchés par le référent hygiène			Moyens					
3	Formation des personnels/prestataires dans le cadre des fonctions logistiques, administratives, I/DEC	3	2	Risque moyen	Organiser une formation pour les services logistiques et techniques ou vérifier l'attestation de formation			surveillance / Alerte / indicateurs					
4	Pratiques des référents en hygiène	2	2	Risque élevé	Nommer un référent hygiène autre que l'IDEC (IDE et AS)			Antibiotiques					
5	Disponibilité des procédures	1	3	Risque moyen	Organiser la formation des référents hygiène avec l'EMH/IMH			tenue du personnel					
6	Texte libre Moyens 1	1	3	Risque faible	Mettre les procédures à disposition des soignants			Global Moyen					
7	Texte libre Moyens 2	1	1	Risque faible	Texte libre Moyens 2								
8	Défaut de signalement interne des IAS	1	3	Risque faible	Resensibiliser le personnel aux déclarations des IAS			Suivi formation soignants	2015	2016	2017	2018	2019
9	Précaution prise avant l'admission des patients	1	3	Risque faible	Intégrer le statut infectieux au dossier de demande d'admission			Nb soignants Formés/hygiène des mains/3 dernières années (à renseigner obligatoirement)					
10	Précaution prise lors de la déclaration interne	2	3	Risque faible	Intégrer le statut infectieux au dossier de demande d'admission			Taux de soignants formés à l'hygiène des mains dans les 3 dernières années	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!		
11	Précaution prise lors de la déclaration externe	2	3	Risque moyen	Identifier le portage BMR/BHRe dans le dossier patient avec une signalétique non stigmatisante (à inventer en groupe de travail soignants), signalétique dans le plan de soins			Nb soignants formés/Précautions standard dont la Gestion des excréta/3 dernières années (à renseigner obligatoirement)					
12	Précaution prise lors de la déclaration externe	2	3	Risque moyen	Intégrer en place les informations sur le statut infectieux du patient dans le DLU (portage au moins plusieurs mois des BMR lorsque les résidents sont identifiés)			Taux de soignants formés aux PS/Gestion des excréta dans les 3 dernières années	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
13	Précaution prise lors de la déclaration externe	1	3	Risque faible	Signaler toute épidémie IRAB GEA ou gale, légionellose ou tuberculose...à l'ARS			Nb soignants formés/PCH / 3 dernières années	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
14	Précaution prise lors de la déclaration externe	1	2	Risque faible	Prévoir l'information des résidents et de leurs familles à l'aide des fiches d'information CPIas en cas d'IAS ou de			Taux de soignants formésPCH / 3 dernières années	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

Onglets outils

	A	B	C	D	E	F	G
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							

	Antibiotiques	
18		
19	KIT Antibiotiques	Guide prescription http://www.plan-antibiotiques.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_antibios_EHPAD-2.pdf
20		Affiches Omédit http://www.plan-antibiotiques.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Prelevement_EHPAD-2.pdf
21		Formation soignants ppt http://www.plan-antibiotiques.sante.gouv.fr/IMG/ppt/Kit_EHPAD_diaporama_soignant_VF-2.ppt
22	Sites d'aide à la prescription	Antibioclie http://antibioclie.com/
23		Medqual http://www.medqual.fr
24		

Plan de maitrise d'épidémie rédigé

0825 811 411

CORRESPONDANTS					
	Noms	Adresse	Adresse mail	Téléphone	Fax
ARS	Ile de France	ARS IDF, 35 rue de la Gare 75935 Paris Cedex 19	ars@ars.sants.fr	825 811 411	01 44 02 06 76
CCLIN		http://www.cclin-ile-de-france.fr/		01 40 27 42 00	
ARLIM	ARLIM Ile de France	Site Broussais-Pavillon Leriche 36 rue Didot 75014 Paris	arlim.idf@sap.aphp.fr	01 40 27 42 53	01 40 27 42 51
CIRE	CIRE Ile de France/ Champagne -Ardenne	ARS Ile-de-France "Le Millénaire 2" 35 rue de la gare 75950 Paris Cedex 19	ars-idf-cire@ars.sants.fr	01 44 02 08 16	01 44 02 06 76
CLAT	CLAT ESSONNE	Bd de France 31012 EVRY Cedex		01 60 91 93 05	
AUTRES					
AUTRES					

3. Mission de la cellule de crise

Le rôle des membres de la cellule sera adapté en fonction des situations. La cellule de crise est l'organe unique de décision et de coordination

Ses missions, en fonction de la nature et de l'ampleur de l'évènement, sont :

- Estimer la gravité de la situation pour les résidents et le personnel
- Mesurer les conséquences de l'évènement sur les soins
- Centraliser les informations relatives à l'établissement
- Évaluer les besoins et les ressources
- Définir les actions à mettre en œuvre et éviter la crise
- S'assurer de la bonne application des procédures
- Assurer la communication interne et externe
- Gérer les aspects administratifs et financiers
- Rédiger les comptes rendus
- Organiser les réunions
- Rédiger un plan de continuité des activités
- Réaliser une rétrospective

Définir le stock tampon

4. Rôle des membres de la cellule de crise

Rôle

Définir la zone de cohorting

Rôle	Stock tampon nécessaire (autonomie 3 à 5 jours en cas d'épisode touchant 50% des résidents) à renseigner obligatoirement
Coordination de la cellule	Tablets UU
Bilan de la gestion de crise...	surblouses manches longues UU
Coordination médicale	Masques chirurgicaux
Lien avec les médecins traitants, les professionnels de santé et les établissements de soins	Masques FFP2
Supervise la bonne application des procédures...	SHA
Coordination paramédicale	Gants
Transmissions au personnel	Eau de Javel
S'assure de l'application des procédures	...
Tenir une main courante où seront consignés les événements.	Lieu de Tenue de la cellule de crise
Contribuer au rappel des personnels.	Zone de cohorting pour les repas si plateaux en chambre
Aide à la mise en œuvre des moyens logistiques	

Essentiel du Plan de maitrise d'une épidémie

Extrait du "guide d'aide à l'élaboration du DARI" ARS DT 91, 2012

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/Medico-social/Reunions_departementales_EHPAD/Risque_infectieux_13_12_2012/91_guide_aide_elaboration_DARI.pdf

1.1.3 La cellule Différée

1. Déclenchement

Dès connaissance de l'alerte ou de la crise interne ou externe, le directeur :
 - S'informe des éléments constitutifs de la situation
 - Active la cellule d'alerte ou de crise.

2. Mise en place de la cellule d'alerte ou de crise

Le directeur, ou son représentant légal nommé l'équipe qui fera partie intégrante de la cellule d'alerte ou de crise. En fonction de l'alerte ou de la crise, le directeur pourra adapter la cellule en faisant appel, si nécessaire, à des experts externes à l'établissement (équipe d'hygiène, ARLIM, médecin du travail,...).

2. Membres de la cellule de crise épidémie et risque infectieux	Nom et Prénom	coordonnées téléphoniques professionnelles
Le Directeur	0	0
Le représentant de directeur en cas d'absence		
Le médecin coordonnateur de l'établissement	0	0
Le responsable des services administratifs		
Le responsable de la logistique	0	0
L'IDEC ou cadre de santé	0	0
Le référent hygiène	0	0
La secrétaire de direction		
L'IMM/EMH conventionné	0	0
Médecin d...		

Médecin référent

Réfèrent paramédical en hygiène

Administratif

5. Signalement

Dans le cadre d'une alerte, et selon les modalités règlementaires (maladies à déclaration obligatoire, cas groupés d'IRAB, de GEA...), la cellule s'assure du signalement aux autorités sanitaires Agence Régionale de Santé. A ce titre, il est rappelé que tout évènement sanitaire inhabituel pouvant impacter sur la santé des résidents et des professionnels doit faire l'objet d'un signalement aux autorités sanitaires (Agence Régionale de Santé).

6. Communication

La communication est un élément important. Elle est définie en cellule d'alerte ou de crise sous la responsabilité du directeur. Après évaluation de la situation par la cellule, il est procédé, si nécessaire, à une information de l'ARS, de la préfecture, du SAMU, du Conseil Général, de la mairie, du personnel, des résidents, des familles, des médecins traitants, des intervenants. Si la crise est d'ampleur nationale, il convient de se référer aux éléments de communication élaborés par les autorités. Le cas échéant, la communication auprès des médias sera organisée. Des annuaires sont constitués à cet effet et intégrés au document plan bleu.

Alimenté par l'onglet 'EHPAD'

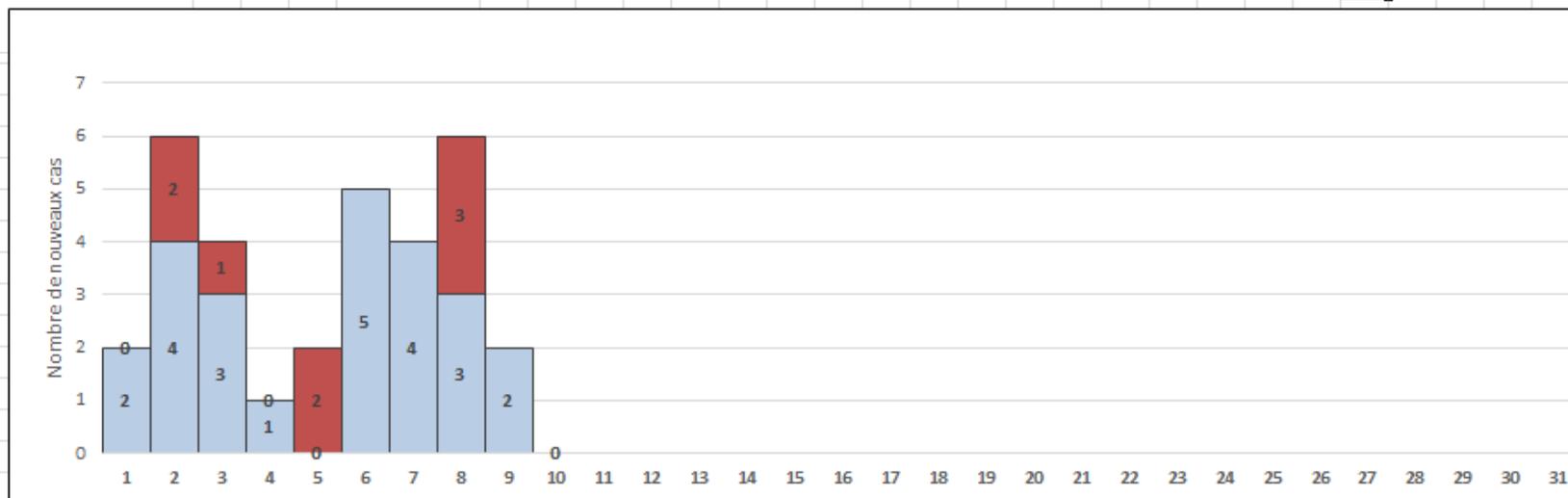
Surveillance des gastro-entérites aiguës dans les collectivités de personnes âgées

Etablissement :

EHPAD XXX

Mois/Année :

Octobre 2017



Date du 1er jour : 01/10/2017

Jour :	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Cas résidents	2	4	3	1	0	5	4	3	2	0																					
Cas professionnels	0	2	1	0	2			3																							

Chaque jour, noter uniquement les nouveaux cas

5 cas de GEA chez les résidents dans un délai de 4 jours = signalement externe

Nombre total de résidents : 80

Nbre total de professionnels : 35

Taux d'attaque chez les résidents : 30,0 %

Taux d'attaque chez les professionnels : 22,9 %

PLAN D'ACTION

Renseigné automatiquement

Cocher pour alimenter l'onglet 'DARI'

Chapitre	Thèmes	Axes d'amélioration	Priorité			Responsable	Moyens	2017				Objectif atteint	2018						
			H	M	F			1er	2eme	3eme	4eme		1er	2eme	3eme	4eme			
4																			
22	Moyens	Inscrire un agent embauché à la formation hygiène hospitalière EOH	X			Responsable administrative	Rappel à organiser tous les 3 ans		X										
41	1- organisation des moyens de prévention	Surveillance Alerte	X			Cadre de santé													
58		Tenue			X	Responsable administrative	Réévaluer les tenues des extérieurs			X									
68				X		EOH	indicateur de dynamique d'hygiène par service			X									
70																			
71																			
97		Entretien des locaux	X			Cadre de santé			X										
98					X	Cadre de santé	Prévoir l'entretien des rideaux des chambres												
120		Hygiène en restauration	X			Cadre de santé / sage femme / médecin / infirmière technique	Prévoir distributeur SHA en salle à manger et systématiser une FHA à chaque résident arrivant.												
148	Gestion de l'environnement et des circuits	Linge	X			Direction/EOH/Mme Liger/Cadre de santé	Intervenir auprès du fournisseur pour obtenir des dotations suffisantes (fait par la direction) Modifier l'affiche linge non conforme pour préciser la procédure (fait décembre 2016) Changer la couleur de l'affiche sac bleu (fait décembre 2016) Mettre les affiches à disposition sur Blue Kango (pour impression en cas de besoin) fait le 20/01/17												
149					X	EOH/Mme Liger	Refaire un audit du circuit du linge en 2017												
170		Gestion des déchets			X	Responsable administrative	Evaluer la consommation des sacs DASRI du rez de chaussée pour pouvoir estimer la part de l'EHPAD dans les poids des DASRI de l'HPPGM												
200		Gestion de la qualité de l'eau		X		EOH	Rédiger, valider et diffuser une procédure de conduite à tenir en cas de résultats d'analyse non conforme de la qualité de l'eau de consommation alimentaire, ou de dysfonctionnement du système de distribution d'eau de consommation			X									
207			X			Responsable administrative	Organiser la procédure d'alerte des chambres inoccupées pour activation des purges												
209			X			Cadre administrative	Réévaluer les points peu ou pas utilisés d'Europa (incluant les chambres des résidents non douchés) et resensibiliser les soignants à la traçabilité des purges bi-hebdomadaires 5mn EF et 5mn ECS												
211																			
212																			
254	3- Gestion du matériel	Gestion du matériel de		X		Cadre de santé	Revoir la mise en œuvre du calendrier d'entretien des sangles												
			X			Cadre de santé	Evaluer la possibilité d'utiliser des sacs urinaux dans un pistolet pour femme. La procédure prévoit l'entretien des urinaux dans le temps de la toilette méticuleuse												

Renseigner Qui fait Quoi, Comment, et Planifier

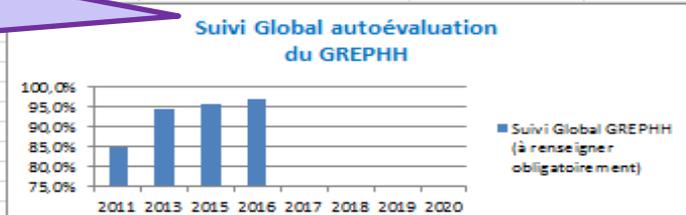
DARI automatisé

	A	B	C	D
1	<p align="center">Document d'analyse du risque infectieux</p> <p align="center">EUROPA – HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE</p> <p align="center">MAGNOLIAS</p> <p>Pour répondre à la mise en oeuvre du programme national d'actions de prévention associées aux soins (PROPIAS) 2015, une politique de maîtrise du risque infectieux est définie sur trois axes.</p> <p>Le premier axe vise à développer la prévention des IAS tout au long du parcours de soins des patients, les soignants, les résidents et leurs aidants.</p> <p>Le deuxième axe vise à prévenir l'antibiorésistance</p> <p>Le troisième axe a pour objectif de lutter contre les infections associées aux actes invasifs.</p> <p>Enfin ce programme ne se fixe pas de limites dans le temps mais a des objectifs qui seront évalués et modifiés ou complétés au fil du temps.</p> <p>La démarche d'analyse de risque infectieux comporte les étapes suivantes:</p> <p>1. Evaluation du risque et de sa maîtrise</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evaluation du risque à l'aide d'une évaluation de la criticité du risque infectieux par thématique: Les risques à criticité élevée sont spécifiés dans la catégorie "points faibles prioritaires" - Evaluation de la maîtrise du risque à l'aide de l'autoévaluation du GREPHH - Evaluation de la maîtrise du risque par l'évaluation des bonnes pratiques d'hygiène (audits, suivi de consommation, taux de vaccination...) - Elaboration d'un Plan d'action d'amélioration de la gestion du risque infectieux détaillé pour sa mise en oeuvre dans l'onglet 'PLAN D'ACTION' final (personne en charge de l'action et échéancier) <p>Les actions classées prioritaires apparaissent dans la catégorie "plan d'action prioritaire"</p> <p>Les actions classées à mettre en oeuvre dans un second temps apparaissent dans la catégorie "le plan d'action prévoit également.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Communication sur le risque avec rétroinformation sur les résultats des audits aux professionnels cf. feuilles d'hémargement <p>Ce document est mis à jour au minimum annuellement.</p> <p>L'établissement a mis en place un Comité de pilotage du risque infectieux:</p> <p>Les missions de ce comité sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer et mettre en oeuvre le plan de maîtrise du risque infectieux à l'aide du Plan de Maîtrise de l'Hygiène et Sécurité du GREPHH, du DARI, du PCA (Plan de Continuité des Activités), du Plan de Continuité des Activités, du documentaire. • Informer en interne et en externe en cas d'alerte infectieuse • Coordonner l'investigation et le suivi de l'épidémie en lien avec la cellule d'alerte ou de crise • Servir de relai à l'équipe ou l'infirmière mobile d'hygiène si existe. • S'assurer de la mise en oeuvre des mesures de contrôle • Participer à l'évaluation des pratiques. 			
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				

À partir de l'onglet EHPAD

A partir des onglets 'Eval'

	A	B	C	D
10	Composition du comité de pilotage			
11		NOM PRENOM	Téléphone	Mail
12				
13				
14	Directeur (à renseigner obligatoirement)	0	0	0
15	Médecin coordinateur (à renseigner obligatoirement)	0	0	0
16	Pharmacien (à renseigner obligatoirement)	0	0	0
17	Responsable Hygiène (à renseigner obligatoirement)	0	0	0
18	Référent Antibiotiques	0	0	0
19	Responsable Logistique (à renseigner obligatoirement)		0	0
20	EOHM (à renseigner le cas échéant)	EOH HPGM	0163 80 46 46	valerie.mathe@hpgm.fr
21				
22	Les missions du référent en hygiène sont :			
23	Informier en interne et en externe en cas d'alerte infectieuse			
24	Servir de relai à l'équipe opérationnelle d'hygiène.			
25	Coordonner l'investigation et le suivi de l'épidémie en lien avec la cellule d'alerte ou de crise			
26	S'assurer de la mise en oeuvre des mesures de contrôle			
27	Participer à l'évaluation des pratiques.			
28	Participer à l'élaboration du DARI, du PCA (Plan de Continuité des Activités), et à la veille documentaire			
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				



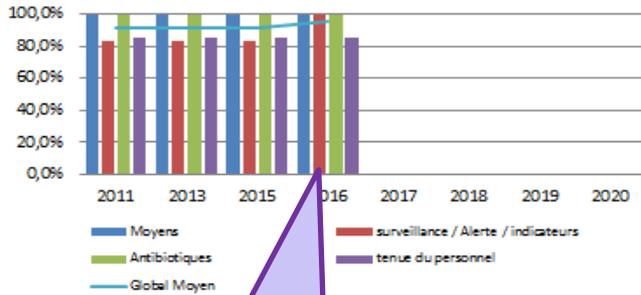
DARI automatisé

Résultat de l'autoévaluation du GREPHH en cours

L'évaluation globale des moyens de maîtrise de l'Organisation selon l'autoévaluation du GREPHH:

	% objectifs atteints
Total année en cours	95,8

Suivi autoévaluation du GREPHH Organisation



Onglets 'Eval : indicateurs « à renseigner obligatoirement »

Onglets 'Eval : indicateurs « à renseigner obligatoirement »

L'évaluation des moyens de maîtrise selon l'autoévaluation du GREPHH:

	% objectifs atteints
Moyens	100,0

Les indicateurs de suivi sont:

Suivi autoévaluation du GREPHH

Taux de soignants formés dans les trois dernières années à l'hygiène des mains et la gestion des excréta

Indicateurs personnalisés possibles

Suivi des Formations soignants



Taux de soignants formés à l'hygiène des mains dans les 3 dernières années

Suivi des autres formations en lien avec le risque infectieux: cf. onglet 'Eval 1'

Autre indicateur de suivi:

Le plan d'action prioritaire est:

Inscrire tout nouvel embauché à la formation hygiène hospitalière EOH

Le plan d'action prévoit également:

surveillance / Alerte / Indicateur

Les points à améliorer sont:

Les points à améliorer sont

Défaut de signalement interne des IAS

L'évaluation des moyens de maîtrise selon l'autoévaluation du GREPHH:

Surveillance / alerte / Indicateur

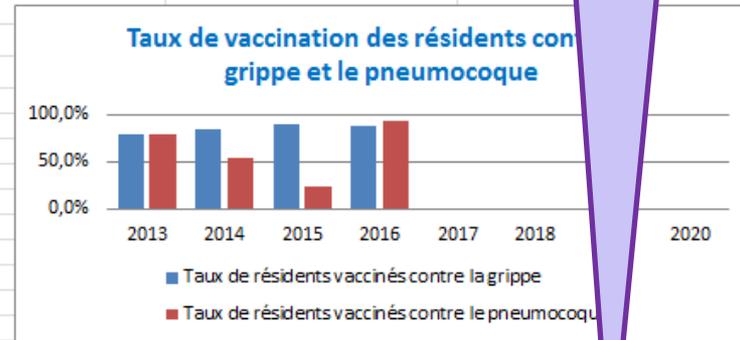
Commentaires possibles

DARI automatisé

« Risques élevés »
/ onglets 'Eval'

Alimenté par la
priorisation du
Plan d'Action 'H'

Vaccination	
Les points faibles prioritaires sont:	
Défaut de couverture vaccinale du personnel soignant	
Les points à améliorer sont:	
Organisation de la vaccination contre les affections respiratoires à optimiser	
Vaccination antigrippale des résidents à optimiser	
Connaissance de la couverture vaccinale contre la coqueluche des soignant	
L'évaluation des moyens de maîtrise selon l'autoévaluation du GREP HH:	
Vaccination	% objectifs atteints
	75,0



« Risques moyens »
/ onglets 'Eval'

Le plan d'action prévoit de façon prioritaire:

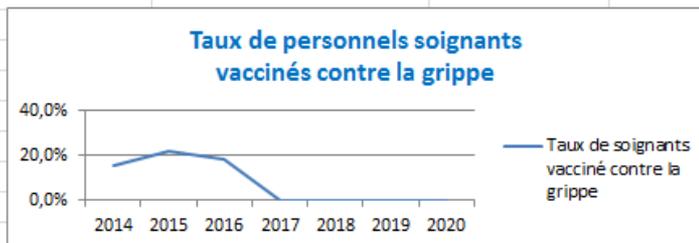
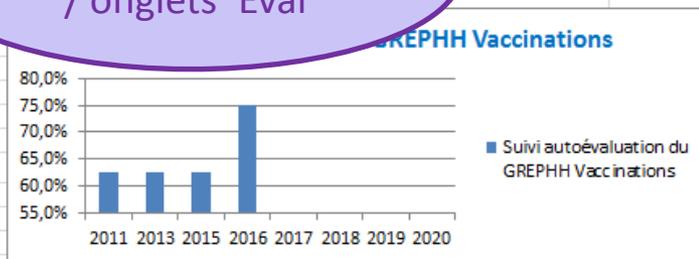
Proposer la vaccination contre la coqueluche aux résidents à l'entrée en institution si pas de vaccination après l'adolescence

Le plan d'action prévoit également:

Continuer les campagnes annuelles de vaccination antigrippale, et les formations sur la vaccination antigrippale des professionnels
Faire systématiquement une évaluation du statut vaccinal des résidents en hébergement temporaire
Demander au médecin du travail une estimation du % de soignants à jours de leurs vaccination contre la coqueluche

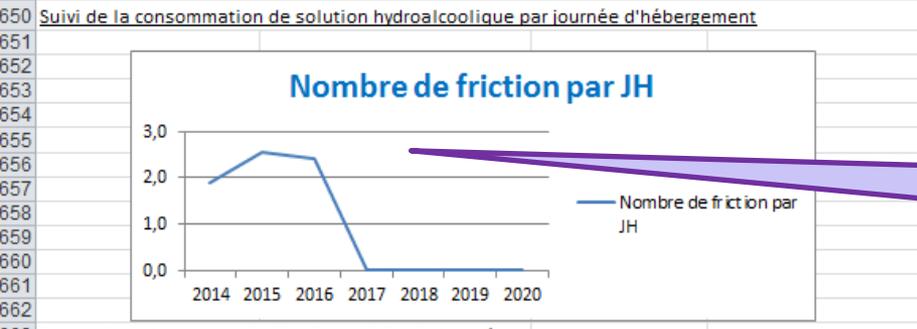
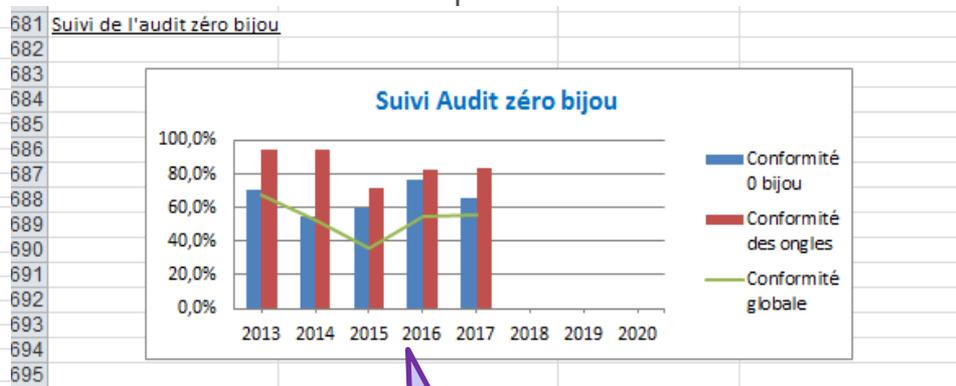
Commentaire

Alimenté par la
priorisation du
Plan d'Action 'M'
et 'F'



DARI avec analyse du risque et suivi d'indicateurs pourquoi?

632		
633	IV.3	Précautions standard
634		
635	Les points faibles prioritaires sont:	
637		
638		
639	Les points à améliorer sont:	
641	Non respect des Précautions Standard (cf.SHA tabliers UU, excellence excéta)	
642		
643	L'évaluation des moyens de maitrise (procédure et mise en oeuvre):	
644		
645	Autoévaluation du GREPHH	
646		
647		% objectifs atteints
648	Précautions standard	100,0
649		



696 Indicateurs de suivi:

697 Autoévaluation du GREPHH

698 Suivi des consommations SHA et tabliers

699 Audit zéro bijou

700

701 Le plan d'action prévoit de façon prioritaire:

702 Resensibiliser les soignants à l'usage du tablier UU lors des soins

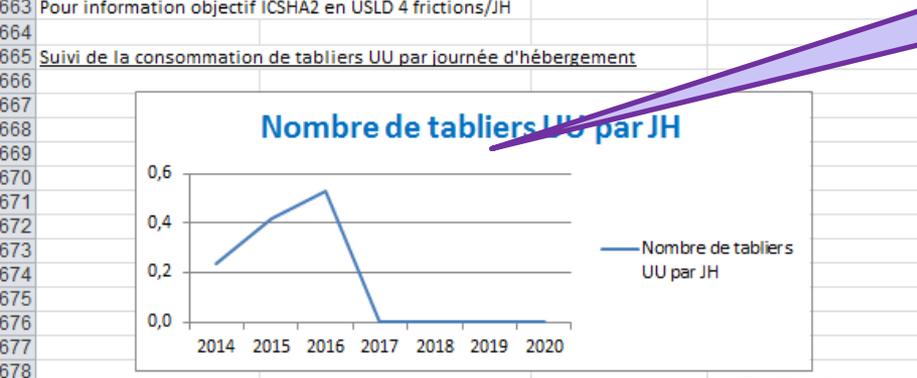
703 mouillants, avec obligation de le changer à chaque patient

704

705 Le plan d'action prévoit:

706 Evaluer l'usage des tabliers UU dans les chambres (hors UHR UVP)

Même si 100% / GREPHH PS, Bonnes pratiques à améliorer



708

709

710

711

712

713

714

715 IV.4 Précautions complémentaires d'hygiène

716

717 Les points faibles prioritaires sont:

718

719

720

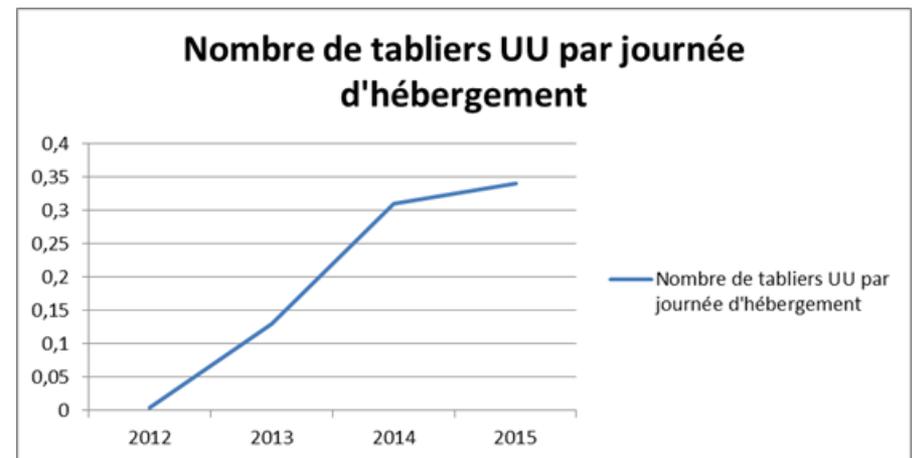
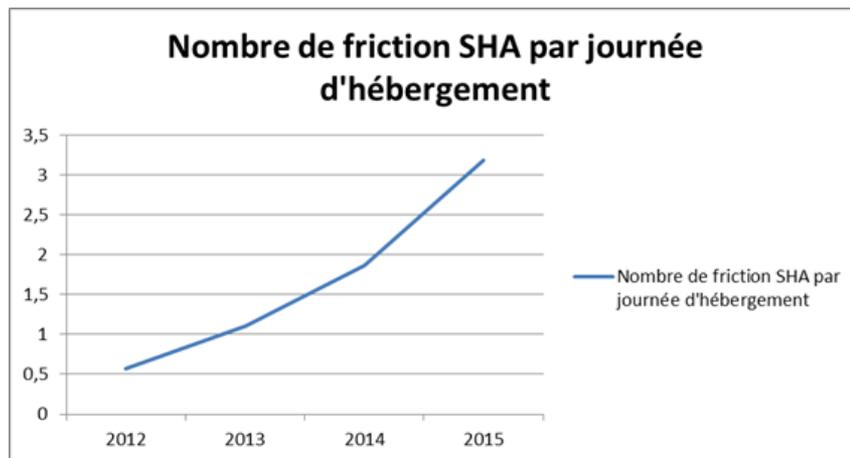
721 Les points à améliorer sont:

722

723

Indicateurs de suivi fondamentaux

- ✓ Autoévaluation du GREPHH
- ✓ Nombre/Taux de soignants formés à l'hygiène des mains et à la gestion des excréta
- ✓ Nombre/Taux de BMR/BHRe
- ✓ Consommation annuelle: SHA /JH
tabliers UU / JH
- ✓ Audit zéro bijou
- ✓ Nombre d'épidémies et taux d'attaque
- ✓ Taux de vaccination des soignants et des résidents contre la grippe
- ✓ Taux de vaccination des personnels de soins contre la grippe



Merci de votre attention

<http://www.cpias-ile-de-france.fr>

Un Grand merci à Marie Azpurua pour avoir initié cet outil à partir de l'autoévaluation du GREPHH, et à tout le groupe de travail pour l'avoir automatisé, fait vivre et progresser

Mme Marie Azpurua, Infirmière hygiéniste ADEF Résidences (94)	
Mme Sandrine Biangoma, Praticien hygiéniste EOH Centre Hospitalier du Sud Seine et Marne (77)	
Mme Guylène Ganne, Cadre hygiéniste Hôpital Gériatrique les Magnolias (91)	
Mr Alexandre Gautier, Chirurgien Dentiste membre du réseau Appolline (91)	
Mme Claudie Legal, Infirmière Hygiéniste mobile Centre Hospitalier du Sud Seine et Marne (77)	
Mme Jennifer Lenoir, Infirmière mobile d'hygiène Clinique médicale du Parc (95)	
Mme Valérie Mathé, Médecin hygiéniste responsable de l'équipe mobile d'hygiène Hôpital Gériatrique les Magnolias (91)	
Mme Ivana Novakova, Infirmière hygiéniste ARLIN Ile de France (75)	
Mme Destinée Nsotha, Infirmière de l'équipe mobile d'hygiène Hôpital Gériatrique les Magnolias (91)	
Mme Audrey Migeon, infirmière hygiéniste, CHI Poissy Saint Germain en Laye (78)	
Mme Mme Annick Montreuil, IDE hygiéniste, Centre Hospitalier des 4 Villes, Sites St Cloud - Sèvres (92)	
Mme Pascaline Dumas, cadre infirmier hygiéniste, Centre Hospitalier de 4 villes (92)	
Cpias Idf (Arlin Idf), Dr Elise Seringe, Dr Agnes Gaudichon, Danièle Landriu, Caroline Daniel	

Introduc



Centre d'appui pour la prévention
des infections associées aux soins
Ile-de-France