



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

Formation à l'outil de suivi du DARI 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) Formation CPIAS

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



Etape 1: Evaluation du risque

Formalisation du DARI

Groupe de travail du 12/09/2015

Claudie Le Gall, IDE hygiéniste en EHPAD

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 5éme 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 évènements 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 :

		1	2	3	4
	Gravité Fréquence	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				
2	Possibilité moyenne de survenue	T			1
3	Risque récurrent				
4	Possibilité très élevée	1	l.		

· Et enfin, hiérarchiser les risques infectieux :



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 x 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)

³ 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						1
3	I-2 : Surveillance / Alerte / Indicateurs]
4	I-3 : Antibiotiques						1
5	I-4 : Tenue du personnel dans l'établissement						
	Chapitre II : Gestion de l'environnement et						1
6	des circuits						
7	II-1 : Entretien des I						
8	II-2 : Hygiène en res INSTRUCTION	N° DGCS/SP/	A/2016/195	du 15 iui	n 2016 r	elative à la i	mise en œuvre du
9	II-3 : Gestion du ling		2010/100	, du roju	1 2010 1	olutivo u lu l	moe en œuvre du
10	II-4 : Gestion des dé programme nation	anal d'actions	do próvon	tion doe info	actions as	seocióne aux	(soine (PROPIAS)
11	II-5 : Gestion de la c PIOgramme main		ue preven	uon des inte		sociees aux	Soling (FROFIAS)
12	Chapitre III : Gestic dono lo postour r	nádico cociol	2016/2010				
13	Chapitre IV : Gesti Udl IS IE SECLEUL I	neulco-social	2010/2010				
14	IV-1 : Actes infirmie						
15	IV-2 : Antiseptiques						
16	IV-3 : Précautions « standard »						
17	IV-4 : Précautions complémentaires						4
18	IV-5 : Hygiène des résidents						4
	Chapitre V : Les vaccinations contre les						1
19	affections respiratoires						4
	Chapitre VI: Gestion des risques						1
20	epidemiques						4
21	VI-1 : Gale						4
22	VI-2 : l'uberculose puimonaire						4
23	VI-5 . Gastro-entente						4
24	Chapitre VII - Prévention des assidents						4
25	avec exposition au cang						1
25	avec exposition au sang	l	I			I	1

Création de l'outil 'DARI' (1)

A partir du fichier Excel de l'autoévaluation du GREPHH

Poster 🖉 Rapport 🦯 Menu 🏑 Etablissement 🏑 Chapitre I 🧹 Chapitre II 🧹 Chapitre III 🧹 Chapitre IV 🧹 Cl

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



Création de l'outil 'DARI' (2)

Chapitre VII

Eval 7

Chapitre VI

Eval 6

Plan de maitrise épidémie

- Onglet 'Plan de maitrise d'épidémie'
- Onglet 'GEA et IRAEpid.'

courbes de suivi automatisées en cas d'épidémie

GEA épid.

IRA épid.

Résultats et suivi

PLAN d'ACTION

 Onglet 'Plan d'Action' s'alimentant automatiquement à partir des réponses de l'autoévaluation du GREPHH et des actions cochées dans les onglets « Eval »

Protocoles / Poster

Rapport /

- 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

DARI automatisé

4	А	В	С	D		- 4	A	В	U U	U	
1		_	_			40					
						10	Composition de	ité de siletase			
						10	Composition du com	ite de pilotage			
	Docun	nent d'analyse du	risque infe	ctieux		12					-
2						13		NOM PRENOM	Téléphone	Mail	
2							Directeur				
	EUROPA	– HOPITAL PRIVE	GERIATRIC	UE			là renseigner	n	Ω	n	
							larenseigner	Ŭ,	-	Ŭ	
2		MAGNOU					(gatoirement)				_
		INAGIOL	10	´ A barti	rс	le	lédecin				
4							donateur				
	Pour répondre à la mise er	oeuvre du programme national	d'actions de prév	l'ongl	ot		seigner	U	U	U	
	accosións aux soins (PPOP	IAS) 201E, uno politique de maitr	tico du ricouo infor	i Uligi	ει		-income and				
	associees aux soms (i nor	ins) 2015, dhe politique de marti	ise ou risque mieu		_		torrementy				_
	trois axes.			L EHPA	VD		EC/Cadre				
	Le premier axe vise a deve	lopper la prevention des lAS tout	t au long du parcours				enseigner	0	0	0	
	les soignants, les résident	s et leurs aidants.					irement)				
	Le deuxième axe vise à pré	evenir l'antibiorésistance				/	Ra				
	Le troisième axe a pour ob	jectif de lutter contre les infectio	ons associées aux act	tes invasifs.			iner elene		~		
	Enfin ce programme ne se f	fixe pas de limites dans le temps	mais a des objectifs	qui seront évalués et			(a ren	U	U	U	
5	modifiés ou complétés au	fil du temps.	-			17	obligatoiren				
							Référent				
6						18	Antibiotiques	U	0	0	
	La démarche d'analyse de	risque infectieux comporte los é	tanes suivantos:		_	10	Antibiotiques				
	ca demarche d'analyse de	risque intectieux comporte les e	copes suivances.				Responsable				
							Logistique		0	0	
	1. Evaluation du risque et o	de sa maitrise					(à renseigner		0	0	
	- Evaluation du risque à	l'aide d'une évaluation de la criti	icité du risque infecti	eux par thématique:		19	obligatoirement)				
	Les risques à criticité élev	ée sont spécifiés dans la catégor	ie "points faibles prie	pritaires"	-	10	count				
	Les risques à criticité moy	enne sont spécifiés dans la catég	gorie "points à amélie	prer"			EOHM			valerie.mathe@ho	am
	- Evaluation de la maitri	se du risque à l'aide de l'autoéva	luation du GREPHH				(à renseigner le cas	EOH HPGM	0169804646	fr fr	3
	- Evaluation de la maitri	se du risque par l'évaluation des	bonnes pratiques d'	hveiène (audits, suivi de		20	échéant)				
	consommation taux de va	constion)									
	Elaboration d'un Plan d	l'action d'amélioration de la gost	tion du risque infectiv	uv dátaillá pour ca mico		21					_
	- claboration d un Fland	action d amenoration de la gest	cion du risque inieccio	for detaile pour sa mise		22	Les missions du réfé	rent en ku giène cont ·			
	en oeuvre dans rongiet. PL	AND ACTION final (personne en	charge de l'action et	echeancier)		23	Informer en interne et en e	externe en cas d'alerte infectieuse			
	Les actions classees priori	taires apparaissent dans la cate	gorie "plan d'action p	prioritaire"		24	Servir de relai à l'équine or	nérationnelle d'hugiène			
	Les actions classées à met	tre en oeuvre dans un second te	mps apparaissent da	ans la catégorie "le plan		25	Coordonner Pinvestigatio	n et le suivi de l'énidémie en lien ;	avec la cellule d'alerte	e ou de crise	
	d'action prévoit égalemen	t.				26	S'assurer de la mise en œ	uvre des mesures de contrôle	ere condición a alcine		
						27	Participer à l'évaluation de	es pratiques.			
	Communication sur le ris	que avec rétroinformation sur le	es résultats des audit	s aux professionnels		28	Participer à l'élaboration o	du DABI, du PCA (Plan de Contin	uité des Activités), e	t à la veille documenta	ire
	cf. feuilles d'hémargement			-							
						29					
_	Ce document est mis à iou	r au minimum annuellement									
1	ce accument est mis a jou	a a minimum annuenement.									
8							ucture a identifié les	correspondants au sein de l'ARS	5, PARLIN, le CCLIN.	(CF. « Annuaire	
-				A partir	d'	es	ondants» onglet 'F	⊢'lan de maitrise d'èpidèmie')			
	L'établissement a mis en pl	ace un Comité de pilotage du riso	ue infectieux:								
				ongle	te						
	Les missions de ce comité	sont :		Uligie	:13					-	
	Elaborer et mettre en oe	uvre le plan de maitrise du risqu	e infectieux à l'aide d	1-				Suivi Global autoév	aluation		
	Hygiène et Sécurité du GRE	PHH du DARI du PCA (Plan de Co	ontinuité des Activité	'Eva	ľ			du GRFPHH			
	documentaire	and a stand stand stands of			-						
	a lafarman an internation						100,0%				
	Informer en Interne et er	n externe en cas d'aierte infectie	euse			-	95,0%				
	 Coordonner l'investigati 	on et le suivi de l'épidémie en lie	en avec la cellule d'al	erte ou de crise		40	90,0%		Suivi Glo	bal GREPHH	
	 Servir de relai à l'équipe 	ou l'infirmière mobile d'hygiène	si existe.			41	85,0%		(à rensei	gner	
	 S'assurer de la mise en o 	euvre des mesures de contrôle				42	80,0%		obligatoi	rement)	
9	 Participer à l'évaluation 	des pratiques.				43	75,0%			0	
9	-	- •				44	2011	2013 2015 2016 2017 2018 2019	9 2020	ŏ	
						45					
						46					





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



Mode d'emploi:

Renseigner les informations au fur et à mesure dans les onglets suivant:

'Etablissement' - 'EHPAD' - 'Chapitre I' - 'Eval 1' - ... - 'Chapitre VI 'Eval 6' - 'Plan de maitrise d'épidémie' (stock tampon...) - 'Chapitre VII' 'Eval 7', sans oublier de cocher les cases correspondantes aux plans
 d'actions spécifiques des risques repérés dans votre structure dans les onglets 'Eval'
 Renseigner obligatoirement les cases indiquées 'à renseigner obligatoirement' en bleu

PROCÉDONS PAR ÉTAPES

Etape 1

IDENTIFICATION DES PARAMÈTRES DE BASE DE LA STRUCTURE

Onglet 'Etablissement'/ GREPHH





		Renseigner	
Renseigner les cases bleu		obligatoirement les	
pâle:		cases Bleues	

Alimente l'onglet 'Plan de maitrise d'épidémie' et 'DARI'

Onglet 'EHPAD' (2)

	TNOM	Téléphone	Mail	ANNEE DE PRISE DE FONCTION
Directeur (à renseigner obligatoirement)				
Médecin coordonateur (à renseigner obligatoirement)				
IDEC/Cadre (à renseigner obligatoirement)				
Référent(s) hygiène (à renseigner obligatoirement)				
Référent Antibiotiques				
Responsable Logistique (à renseigner obligatoirement)				
Médecin du travail (à renseigner obligatoirement)				
EOHM (à renseigner le cas échéant)				
Laboratoire				
Pharmacie				





Etape 2

EVALUER LE RISQUE INFECTIEUX

Evaluation du Risque Infectieux

La criticité d'un Risque se défini en fonction de sa fréquence et de sa Gravité

		1	2	3	-4
	Gravité	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			1	1
2	Possibilité moyenne de survenue	I I	l I	1	1
з	Risque récurrent		1	1	
4	Possibilité très élevée	T. T	I		

Exemples:

- La Gale a une Gravité de '2', avec une possibilité faible de survenue: Vert
- la Grippe a une Gravité très élevée de '4', une possibilité de survenue moyenne voire risque récurrent: Rouge
- La légionellose a une gravité très élevée de '4', une possibilité faible de survenue si le suivi du carnet sanitaire est conforme: Orange





Etape 3

ÉVALUATION DES MOYENS DE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX: SUIVI DES INDICATEURS, PLAN DE MAITRISE D'ÉPIDÉMIE...

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



- Taux de vaccination des soignants et des résidents contre la grippe
- Taux de vaccination des personnels de soins contre la grippe





Suivi de l'autoévaluation du GREPHH



Suivi des Taux de Formation du personnel

- A renseigner obligatoirement pour Hygiène des mains et gestion des excrétas dans l'onglet 'Eval 1'
- Se rapporte au nombre de soignants renseignés dans l'onglet 'EHPAD'
- Correspond au nombre de soignants formés dans les 3 dernières années (suivi du turn over....)

60.0%

40,0%

20,0%

0,0%

Possibilité de suivre le taux de formation /précautions complémentaires (PCH), logistique (onglet 'Eval 2'), AES (onglet 'Eval 7')

2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2

er obligatoirement pour es mains et gestion des	Suivi formation soignants	2015	2016	2017	2018	2019
ans l'onglet ['] Eval 1' e au nombre de soignants dans l'onglet 'EHPAD' d au nombre de soignants as les 3 dernières années	Nb soignants Formés/hygiène des mains/3 dernières années (à renseigner obligatoirement)	10	15	20	25	
irn over) de suivre le taux de formation ns complémentaires (PCH),	Taux de soignants formés à l'hygiène des mains dans les 3 dernières années	22,2%	33,3%	44,4%	55,6%	#DIV/0!
onglet 'Eval 2'), AES (onglet	Nb soignants formés/Précautions standard dont la Gestion					
	des excréta/3 dernières années	2	6	20	20	
	(à renseigner obligatoirement)					
Suivi des Formations soignants	S Taux de soignants formés à l'hygiène des mains dans les 3 demières années Taux de soignants formés aux PS/Gestion des excréta dans les 3					
6 2017 2018 2019 2020 2021 2022	Ongl	et DARI				

Suivi du Taux de résidents colonisés à BMR/BHRe

- A renseigner dans l'onglet 'Eval -
- Un résident reste colonis _ plusieurs mois voire années même si l'ECBU revient négatif

6,0% 5,0% 4,0% 3,0% 2,0% 1,0% 0,0%

2015

2016 2017 2018 2019

2020

2021 2022

	Suivi BMD / BHDo						
seigner dans l'onglet 'Eval 1' ésident reste colonisé ieurs mois voire	(nombre de résidents colonisés) (à renseigner obligatoirement)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
ées même si l'ECBU ent négatif	Nbre BMR	2	1	4			
	Taux BMR	2,6%	1,6%	5,1%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/(
	Nbre BHRe	0	1	0			
	Taux BHRe	0,0%	1,6%	0,0%	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/(
Suivi épidémiologique BMR/BH	Taux BMR	glet DA	ARI				

Suivi de la conformité Zéro Bijou: Pré-requis à une Hygiène des mains efficace

- A renseigner dans l'onglet 'Eval 4'
- Pour faire la moyenne de l'année: additionner le nombre de soignant conforme pour chaque item, et diviser par le nombre total de soignants audités sur l'année
- Périodicité idéale 1 fois par trimestre
- Résultats interprétable au de la de 30 observations

Audit zéro bijou (à renseigner obligatoirement)	2015	2016	2017	2018
Conformité 0 bijou	60,0%	55,0%	80,0%	
Conformité des ongles	70,0%	90,0%	90,0%	
Conformité globale	55,0%	50,0%	79,0%	



Suivi des consommations annuelles: SHA / Tabliers UU/JH Représentatif du respect des Précautions Standard

- A renseigner dans l'onglet 'Eval 4' en Litre
- Elément de preuve: Factures
- Quel est le nombre d'opportunités?
- Indicateur pour EHPAD: nombre de Frictions non défini à ce jour.
- Pour comparaison, en USLD:
 - jusqu'en 2015 4 Frictions /JH attendues
 - actuellement 7 Frictions/JH attendues
- Pas d'objectif défini pour les tabliers, mais 1 pour le nursing, 1 pour les changes, à changer à chaque résident...

Consommations (à renseigner obligatoirement)	2015	2016	2017	2018
Consommation SHA (litres)	50	89	150	
Nombre de friction par JH	0,6	1,3	1,7	#DIV/0!
Consommation Tabliers UU	3000	7000	15000	
Nombre de tabliers UU par JH	0,1	0,3	0,5	#DIV/0!



Suivi des taux de vaccination



Suivi du nombre d'épidémies et taux d'attaque



Evaluation du Risque lié aux dispositifs invasifs

- A renseigner dans l'onglet 'Eval 4'
- Répond aux objectifs du PROPIAS
- Permet de prioriser les procédures et formations à mettre à jour

Fréquence des actes à risque infectieux						
FREQUENCE	Jamais	Peu fréquent (quelques fois/an)	Fréquent (1 x/mois)	Très fréquent (1x/semaine)		
Soins de plaies étendues						
Sondage vésical						
Pose de cathéter sous cutané						
Pose de cathéter périphérique						
Sonde de Gastrostomie						

Risque d'infection sur dispositif invasif (SAD)	1	3	Risque faible	F d i F
Risque d'infection sur dispositif invasif (perfusion sous cutanée)	1	3	Risque faible	F c s

Suivi du nombre d'AES



4	А	В	С	D	E	F	G
5		√ S	Supports d	e formation	1		
6	http://w	ww.cclinparisnord.org/	EHPAD/EHP	AD_outil.htm			
7							
8		✓Fiches teo	hniques E	HPAD CCL	.IN/ARLIN		
9	http://www.cclin-	-arlin.fr/nosobase/reco	mmandations	EMS_CClinA	<u>lin.html</u>		
10							
11	✓ Surveilla	ance des IAS tou	t au long d	u parcours	de santé :	Prev EHP	AD
12		http://www	w.cclin-est.org	/spip.php?arti	<u>cle286</u>		
13							
14			✓Kit BMR	EHPAD			
15	http://nosobase.chu-ly	/on.fr/recommandation	s/cclin_arlin/c	clinSudEst/20	15_BMR_BH	Re_EMS_Arlin	Auvergne.pdf
10							
18			Antib	iotique	S		
19		Guide prescription	antibiotiques.	<u>http://w</u> sante.gouv.fr/I <u>AD-2</u>	<u>ww.plan-</u> MG/pdf/Guide 2.pdf	antibios EHP	
20	KIT Antibiotiques	Affiches Omédit	antibiotiques	<u>http://w</u> .sante.gouv.fr/l <u>-2.</u>	<u>ww.plan-</u> IMG/pdf/Prelev pdf	ement EHPAD	
21		Formation soignants ppt	antibiotiques	<u>http://w</u> .sante.gouv.fr/ <u>ma_soigna</u>	<u>ww.plan-</u> IMG/ppt/Kit_EF nt_VF-2.ppt	IPAD diapora	
22	Sites d'aide à la	Antibioclic		http://antib	ioclic.com/		
23	presciprion	Medqual		http://www	.medqual.fr		
2/	EHPAD Ch	apitre I Eval 1 Ou	tils 1 Chan	itre II Fval	Outils 2	Chapitre III	Eval 3 Out

		Déchets de soins à risques infectieux													
	Personne responsable des déchets	Nom:					Téléph	one:						- AA	Contractical Contractor Cont
	Poids (kg) mois	Jan	Fev	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Sept	Oct	Nov	Dec	53	KP)
ETS	N passage/ semaine														
ECH	prestataire DASRI	Nom:	Nom: Tél Lieux d'incinération:									મંત્રાં જ	and the second second		
SD	Coût du tonnage			Di	iviser le	prix tot	al par le	e poids	-Cf la c	onventio	on				
GESTION DE	Texte réglementaire	Arrê d'er	Arrêté du 20 mai 2014 relatif au contrôle des filières d'éliminations et aux modalités d'entreposage des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilé et des pièces anatomiques										lités des		
	Lien	https:	https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029190594&categorieLien=id									<u>ien=id</u>			
	Déchets de soins Assimilés aux Ordures Ménagères														
	Prestataire DAOM														
	N passage /semaine														
														-	
ion	prestataire					Nom du	ı chef d	e cuisine	5:					100	
Irat	Taux de TIAC	2014			2015			2016			2017			S. C.	
Restau	Réglementation	Arrêté établiss	du 29 s sements	eptemb de rest	ore 1997 auration	fixant l collect	es cond ive à ca	litions d' ractère	hygiène social	applica	ıbles da	ns les		*	
														-	
	Prestataire linge	Nom:					Téléph	one:							
ıge	Personne														
du lir	responsable du linge)) 🍊
iestion	Audit gestion du linge				http://cc	lin-sudes	t.chu-lyc	on.fr/Audit	/Linge/Li	inge.html					
0	Recommandations	Guide p	Guide pour la mise en œuvre de la méthode RABC en blanchisserie hospitalière												

	Presonnes en	Nom:	Téléphone:	Fax/Mail					
	charge du suivi du	Nom:	Téléphone:	Fax/Mail					
-	carnet sanitaire	Nom:	Téléphone:	Fax/Mail	<u></u>				
té de l'eau	Prestataire de maintenance de la chaufferie	Nom:	Téléphone:	Fax/Mail	L'eau and				
e la quali	Gestion du risque lié aux légionelles	http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/ARS/201410_DD26_carnet_sanitaire_01.pdf							
Gestion d	Audit gestion du risque lié aux légionelles dans les EHPAD	<u>http://www</u>	v.cclin-sudouest.com/ems/						
		Arrêté du 1er Février 2010 relatif à la	surveillance des légionelles de	ans les installations de					
	Réglementation	Circulaire nº493 du 28 octobre 2005							
		Guide technique Eau et santé. Ministè	ere de la santé et des solidarité	s.					

Liste de matériel de soins utilisés	Quantité	FREQUENCE	IMMERGEABLE fiches techniques 1 et 2	NON IMMERGEABLE essuyage avec DD	
Extracteur à oxygène		quotidien + terminal		x	Ŷ
Générateur (appareil) aérosol		quotidien + terminal		X	Ce
Thermomètre température du résident		après utilisation		X	
Thermomètre tympanique		après utilisation		X	
Brassard à tension		hebdomadaire		X	
Chariot/Douche		après utilisation		X	
Fauteuil/douche		après utilisation		X	
Lève malade		hebdomadaire poignées après utilisation		x	0000
Lève malade / sangles		hebdomadaire	lavage en machine		2
Chariots de soins		après utilisation		X	and the second s
Chariot de distribution médicaments		quotidien		X	
Chariot linge propre		quotidien		X	
Chariot linge sale		pluriquotidien		X	st
Chaise de pesée, plateforme				X	U
Passing at urinaire		après utilisation		X, après rinçage	
		trimestriel	Х		
Chaises percées		après utilisation		X, après rinçage	
-					

HPGM-EG/KV-21/03/2013





Plan de maitrise d'épidémie rédigé

						-	3. Mission de la cellule de crise					
							Le rôle des membres de la cellule sera ada	pté en fonction des	situations. La cellule de crise est	l'organe unique de décisi	ion et de coordination	
0825 811 411			CORRESPONDANTS				Ses missions, en fonction de la nature et d	de l'ampleur de l'évèr	ement, sont :			
A strain of the	Noms	Adresse	Adresse mail	Téléphone	Faz		Estimer la gravité de la situation pour les Mesurer les conséguer Centraliser les	s résidents et le pers ion	onnel des soins toose l'établissement			
ARS	lle de France	ARS IDF, 35 rue de la Gare 75935 Paris Cedex 19	ars75-alerte@ars.sante.	825 811 411	01 44 02 06 76		Evaluer lest Définir le S'assu	nir le	et éviter la crise			
CCLIN	http	://www.cpias-ile-de-franc	<u>e.ftl</u>	0140274200			Assur	ock				
ARLIN	ARLIN IIe de France	Site Broussais-Pavillon Leriche 36 rue Didot 75014 Paris	<u>arlin.idf@sap.aphp.fr</u>	01 40 27 42 53	01 40 27 42 51		- Bridigo - Organise - Driganise	non	te			
CIRE	CIRE lle deFrance/ Champagne -Ardenne	ARS Ile-de-France "Le Millénaire 2" 35 rue de la gare 75350 Paris Cedex 19	ars-idf-cire@ars.sante.f	01 44 02 08 16	01 44 02 06 76		Réaliser une rétro				Stock tampon néce 3 à 5 jours en cas	essaire (autonomie d'épisode touchant
CLAT	CLAT ESSONNE	Bd de France 91012 EVRY Cedex		01 60 91 99 05		Lier CL/	<u>cellule de crise</u>		Role		502 des à renseigner o	résidents) bligatoirement
AUTRES								Dáf	inir la		Tabliers UU	
AUTRES								DCI				
Essentie	l du Pla	n de ma	aitrise d	'une ép	oidémie	9		ZOI	ne de		surblouses manches longues UU	
						_		coh	orting <		Max chirurgicaux	
Ex	trait du "gi	uide d'aide	a l'elaborat	tion du DA	RI" ARS D	15	91, 2012	C	Franking de la sellade			•
								Coor	dination de la cellule		SHA	
http://	www.ars.iledef	rance.sante.fr/f	ileadmin/ILE-D	E-FRANCE/A	RS/2 Offre-Se	oins	MS/Medico-	Bilan d	e la gestion de crise		Gants	
La cellu social/Reunion	s departement	tales EHPAD/F	Risque infectieu	<u>ux 13 12 201</u>	2/91 guide a	ide	elaboration DARI.pdf	Coo Lies succ k	rdination médicale		Eau de Javel	
								professionnels de	santé et les établissements de			
<u>1. Déclenchement</u> Dès connaissance de l'alerte ou de la crise il S'informe des éléments constitutifs de la s	nterne ou externe, le direc	:teur :					Médecin référent		soins			
- Active la cellule d'alerte ou de crise.								Supervise la bonn	e application des procédures			
2. Mise en place de la cellule d'alerte ou de	stise							Coord	ination paramédicale		de la cellule de	
Le directeur, ou son représentant légal nom En fonction de l'alerte ou de la crise, le dire	me l'équipe qui fera parti cteur pourra adapter la c	e intégrante de la cellule d ellule en faisant appel, si n	'alerte ou de crise. écessaire, à des experts ex	ternes à l'établissement	(équipe d'hygiène,		Béférent paramédical en hugiène	Transm	issions au personnel		Zobě de coborting pour	
ARLIN, medecin du travail,). 2. Membres de la cellule de crise épidémie et risque		Nom et Prénom		coordonnées professi	téléphoniques ionnelles	ĺ		S'assure de l'	application des procédures		les repas si plateaux en chambre	
Le Directeur		0		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	0			Tenir une main co	urante où seront consignés les évènements			
Le représentant du directeur en								Contribuer	au rannel des personnels			
Le médecin coordonnateur de		0			0		Administratif	Contributi	aarapper des personnels.			
Le responsable des services administratifs								Aide à la mise en	œuvre des moyens logistiques			
Le responsable de la logistique		0			0		5. Signalement					
Le référent hygiène		ů			0		Dans le cadre d'une alerte, et selon les mo-	dalités règlementair	es (maladies à déclaration oblig	atoire, cas groupés d'IRA	B, de GEA), la cellule s'	assure du signalement
La secrétaire de direction					0		aux autorités sanitaires Agence Régionale A ce titre il est rappelé que tout évènemer	e de Santé. Int canitaire inhabitue	l nouvant impacter sur la santé d	les résidents et des profe	essionnels doit faire l'obie	t d'un signalement aux
Médecia					0		autorités sanitaires (Agence Régionale de	e Santé).				
Alime	enté	\leftarrow					6 Communication					
	Ciric											
coor Les coc secrétaria ÉHP	nglet AD'	ise doivent figure qu'en cas de situatio	r dans une enveloppe cach on exceptionnelle.	etée et mise à dispositic	on au niveau du		La communication est un élément importan Après évaluation de la situation par la cell personnel, des résidents, des familles, communication élaborés par les autorités. Le cas échéant, la communication auprès d	nt. Elle est définie en lule, il est procédé, s s médecins traitants, des médias sera orga	cellule d'alerte ou de crise sous i nécessaire, à une information d des intervenants. Si la crise est nisée. Des annuaires sont consti	la responsabilité du direc e l'ARS, de la préfecture, d'ampleur nationale, il cor tués à cet effet et intégré	:teur. du SAMU, du Conseil Gé nvient de se référer aux élé is au document plan bleu.	inéral, de la mairie, du íments de
	A chapitre V	Eval 5 Outils	5 🔏 Chapitre V	I Eval 6 Pl	an de maitrise	ép	♦ ► ► Zeval 4 Outils 4	4 🖉 Chapitre	V / Eval 5 / Outil	5 🔬 Chapitre V	VI KEval 6 P	lan de maitrise é

Suivi des épidémies





Onglet 'Protocoles': Gestion Documentaire

Extrait du "guide d'aid	e à l'élaboration d	du DARI" ARS	DT 91, 2012
-------------------------	---------------------	--------------	-------------

http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/Medicosocial/Reunions departementales EHPAD/Risgue infectieux 13 12 2012/91 guide aide elaboration DARI.pdf

L'ensemble des protocoles de prévention en hygiène doivent être centralisés dans un même support. Les références de chaque protocole doivent être insérées au sein du DARI afin d'être retrouver de façon efficiente.

L'élaboration de ces protocoles doit s'appuyer sur les référentiels en la matière. Après rédaction et validation, l'établissement organisera la diffusion des protocoles (réunions, groupe de travail....).

Ces documents devront être à disposition dans chaque poste de soins sous forme papier (classeur X) ou informatique (lien intranet).

Les protocoles doivent tous être validés par le directeur et/ou le médecin coordonnateur.

			Chapitre	e1. <u>Moy</u>	ens	
Théma proc	tiques de cédures	Date de création du document	Année de mise à jour :	Personne	référente du groupe de travail	Nom ou codification des documents de référence
Politique de charge des r porteurs de l	prise en ésidents BMR					
Protocoles d des antibioti	e prescription ques					

PRIORISATION DU PLAN D'ACTION

Etape 4

Pour valide 1 - Cliquer 2 - Supprim 3 - Cliquer 4 - Définir l ou faible) 5 - indique 6 - Définir u 7- Possibili 8- Indiquer	er le DARI à sur 'FILTRE' ner les coch sur 'FILTRE' le degré de r la personr une échéan ité de copie r l'année en	partir du plan d'action : et 'selectionner tout' es de priorisation qui sont en rapport avec un axe d'a et déselectionner '(Vides)' priorité des Actions en mettant un lettre ou un chiffi ne en charge de l'action ce r les images relatives à l'état d'avancement des action cours dans la case bleue pâle	re dan ons por	ration s les c ur les	i vide ases c insére	les colonnes H I er à chaque plar	M et F (priorité haute, moyenne n d'action		A su c
PLAN	N D'ACTION	N DE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX DE L'ETABLISSEMENT:					0		
Chapitre	Thèmes	Axes d'amélioration	Ob	Priorit Illigato	é pire	Responsable	Movens		
		FILTRE	н	м	F		,	1er	26
		Embaucher un médecin coordonnateur							Г
		Passer une convention avec un établissement de santé						_	\square
		Passer une convention avec une EOH/EMH/IMH							T
	Moyens	Nommer un référent en hygiène avec un temps dédié, et bien définir son rôle dans la structure Inscrire le réferent à la formation Hygiène EOH/EMH/IMH							-
		Intégrer le risque hygiène dans le rapport d'activité du risque infectieux (cf onglet outils 1)							
		Organiser La formation du personnel à la prévention des IAS							
		Réaliser une enquête de prévalence des IAS en EHPAD (Prev'EHPAD)							Γ
		en mai ou juin Définir une politique de prise en charge des résidents porteurs de							\vdash
1-		BMR avec signalement interne							
des moyens		Réaliser un suivi épidémiologique du nombre de résidents							
de prévention	Alerte Indicateurs	Organiser une évaluation nutritionnelle des résidents dans la structure							
		Rédiger une CAT en cas de malnutrition ou déshydratation							
		Organiser le suivi du poids des résidents de façon mensuelle							



Exemple de report des priorisations du Plan d'Action dans l'onglet DARI (1)

PLAN D'ACTION DE MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX DE L'ETABLISSEMENT:

Priorité Axes d'amélioration Thèmes Responsable Moyens apitre Oblligatoire ₹Ţ, н FILTRE м F Embaucher un médecin coordonnateur х Passer une convention avec un établissement de santé х Passer une convention avec une EOH/EMH/IMH х Nommer un référent en hygiène avec un temps dédié, et bien Moyens définir son rôle dans la structure х Inscrire le réferent à la formation Hygiène EOH/EMH/IMH Intégrer le risque hygiène dans le rapport d'activité du risque х infectieux (cf onglet outils 1) Organiser La formation du personnel à la prévention des IAS х Réaliser une enquête de prévalence des IAS en EHPAD (Prev'EHPAD) en mai ou juin Définir une politique de prise en charge des résidents porteurs de 1-BMR avec signalement interne nisation Réaliser un suivi épidémiologique du nombre de résidents movens portours do PMP/PHPo doos lo structuro

0

Exemple de report des priorisations du Plan d'Action dans l'onglet DARI (2)

Le plan d'action prioritaire e	st:		(
Embaucher un médecin coor Intégrer le risque hygiène da	donnateur Ins le rapport d'activité du risque i	infectieux (cf onglet ou	tils 1)
Le plan d'action prévoit égal	ement:		
Passer une convention avec Nommer un référent en hygi Inscrire le réferent à la form Organiser La formation du p Passer une convention avec	un établissement de santé ène avec un temps dédié, et bien dé ation Hygiène EOH/EMH/IMH ersonnel à la prévention des IAS une EOH/EMH/IMH	finir son rôle dans la :	structure

Etape 5

MISE EN PAGE DU DARI

Ajustement des lignes au contenu



Ajustement des pages

- Faire en sorte que les tableaux et paragraphes ne soient pas coupés à l'aide des pointillés



Compléments



Extraction d'un fichier Transférable (I'ARS filtre les fichiers avec Macro)

- Prévoir d'envoyer:
 - **Onglet 'DARI'**
 - Onglet 'Plan d'action' _
 - Onglet 'Rapport' du GREPHH _
 - Onglet 'Poster' du GREPHH
- Clic droit sur l'onglet correspondant, » cocher Créer une copie »
- « Déplacer » dans le classeur: -(nouveau classeur)
- Renommer et Enregistrer sous PdF

8	x
ctionnées	
	*
	-
	ectionnées

Nom de fichier : DARI 2018	EHPAD XXX.pdf
----------------------------	---------------

Type: PDF (*.pdf)

Auteurs : valerie mathe

Mots-clés : Ajoutez un mot-clé



Suivi du DARI

 Enregistrer le Fichier avec un nouveau nom à chaque réévaluation pour ne pas perdre les données renseignées dans les onglets de l'autoévaluation du GREPHH

Merci de votre attention http://www.cpias-ile-de-france.fr

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 IIe de France (75)

 Mme Audrey Migeon, infirmière de l'équipe mobile d'hygiène Hôpital Gériatrique les Magnolias (91)

 Mme Amnick Montreuil, IDE hygiéniste, CHI Poissy Saint Germain en Laye (78)

 Mme Pascaline Dumas, cadre infirmier 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

↓ ► ► Introduction Mode d'emploi DARI Avertissements Postell 4



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