



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale

Direction Générale de la Cohésion Sociale

Service des politiques sociales et médico-sociales
Personne chargée du dossier :
Dr. Anne-Marie Tahrat
Chargée de mission
auprès de la cheffe de service
Tel : 01 40 56 75 07
Mel. : anne-marie.tahrat@social.gouv.fr

Direction Générale de la santé

Sous direction de la prévention des risques infectieux
Personne chargée du dossier :
Dr. Philippe Garnier
Tel : 01 40 56 50 06
Mel. : philippe.garnier@sante.gouv.fr

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

La ministre des solidarités et de la cohésion
sociale

à

Madame et Messieurs les préfets de région,
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de
département
(pour information)

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé
(pour attribution et diffusion)

CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011
relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le
secteur médicosocial 2011/2013.

Validée par le CNP, le 23 septembre 2011 - Visa CNP 2011-245

Date d'application : immédiate

NOR : SCSA1126665C

Classement thématique : protection sanitaire

| |
|--|
| Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles. |
| Résumé : Le programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial vise à la prise en compte du risque infectieux par une démarche d'analyse de risque. Les établissements concernés (les EHPAD, les MAS et les FAM) devront avoir formalisé fin 2012 leur document d'analyse du risque infectieux (DARI). |
| Mots-clés : risque infectieux - programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial - analyse des risques |
| Textes de référence : article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles - Plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins – Circulaire interministérielle n° DGS /DHOS/DGAS/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 |
| Textes abrogés : Néant |
| Textes modifiés : Néant |
| Annexes : Annexe 1 : Programme national de prévention des infections dans le secteur médicosocial Annexe 2 : Manuel d'auto-évaluation de maîtrise du risque infectieux en EHPAD Annexe 3 : Guide d'utilisation de l'outil informatique du manuel d'auto-évaluation |

Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social constitue pour les années 2011 à 2013 la déclinaison dans les établissements médico-sociaux du plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins.

Il vise à la prévention du risque infectieux dans son ensemble au delà du risque des infections associées aux soins stricto sensu qui s'inscrit dans une démarche collective continue d'amélioration de la qualité dont le principe est prévu au premier alinéa de l'article L.312-8 du code de l'action sociale et des familles.

Les établissements concernés par ce premier programme sont, comme annoncé dans la circulaire du 19 août 2009, les établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM).

L'enjeu du programme est de mobiliser les établissements médico-sociaux sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles.

L'option retenue est de promouvoir une démarche d'analyse de risque qui permette à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise afin d'élaborer ou adapter son programme d'action.

Pour aider les établissements dans la démarche, un manuel national d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD, dont la réalisation a été demandée au groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH), disponible sur internet, est proposé.

Cet outil déjà expérimenté sur le terrain, permet aisément aux établissements de visualiser les points forts et les points faibles de leur organisation pour dégager ensuite leur programme d'actions prioritaires.

Les établissements médico-sociaux doivent réaliser leur analyse de risque et la formaliser dans un « document d'analyse de risque du risque infectieux » (DARI) pour fin 2012.

Vous voudrez bien assurer une large diffusion de cette circulaire aux établissements médico-sociaux et aux professionnels concernés, ainsi que pour information au président du Conseil Général, et veiller au suivi de ces dispositions.

Pour les ministres et par délégation

La directrice générale
de la cohésion sociale

signé

Sabine Fourcade

le directeur général de la santé

signé

Jean-Yves Grall

Annexe 1

PROGRAMME NATIONAL DE PREVENTION DES INFECTIONS DANS LE SECTEUR MEDICOSOCIAL

INTRODUCTION

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins (IAS) qui définit les orientations de la stratégie nationale, doit être décliné par un programme national spécifique à chacun des trois secteurs de l'offre de soins : établissements de santé, secteur médico social et soins de ville.

Deux autres champs d'action complètent le dispositif et doivent également être pris en compte par les 3 secteurs: la préservation de l'efficacité des antibiotiques (un troisième plan est en cours d'élaboration) et le renforcement de la maîtrise des bactéries multi résistantes (BMR).

Le présent programme constitue la déclinaison dans les établissements médico-sociaux (EMS) du plan stratégique national. Au delà de la lutte contre les infections associées aux soins stricto sensu, ce programme vise plus globalement à la prise en compte du risque infectieux dans son ensemble. En effet, le risque infectieux dans les EMS résulte de mécanismes complexes et intriqués, liés tant à l'état de santé et de dépendance des résidents qu'aux soins qui leur sont prodigués, à la vie en collectivité (par contagion présumée) ou à la présence d'agents exogènes dans l'environnement (légionellose).

Comme annoncé par la circulaire interministérielle N° DGS/DHOS/DGAS/2009/264 du 19 août 2009 relative à la mise en œuvre du PSNP IAS 2009-2013, le champ concerné par le programme national dans le secteur médico social, est :

- celui d'établissements pour personnes âgées : les établissements accueillant des personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- celui d'établissements pour personnes handicapées : les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisés (FAM), qui sont des établissements où résident des adultes handicapés qui reçoivent souvent des soins lourds.

En 2013, après évaluation de la mise en œuvre du présent programme, il pourra être envisagé son extension à d'autres établissements du secteur des personnes handicapées, notamment aux établissements d'enfants.

LE CONTEXTE

En 2007, de nouvelles définitions ont élargi le concept hospitalier « d'infections nosocomiales » à celui « d'infections associées aux soins », ce qui a ouvert la voie à

une vision globale de la prévention centrée sur le patient et sur son parcours dans la chaîne de soins.

Le plan stratégique national 2009-2013 de prévention des infections associées aux soins vise donc, d'une part, à couvrir l'ensemble du parcours de soins, pour une meilleure sécurité au bénéfice du patient ou du résident dans les 3 secteurs : établissements de santé, établissements médico-sociaux et soins ambulatoires et, d'autre part, à faire face plus efficacement aux phénomènes infectieux endémiques et épidémiques qui diffusent de plus en plus souvent d'un secteur à l'autre.

Même s'il y a des points communs avec les établissements de santé, l'élaboration d'un programme de prévention des infections spécifique pour le secteur médico-social est nécessaire du fait d'un contexte particulier :

- Les établissements médicosociaux sont de statuts divers, publics et parfois situés au sein d'un établissement hospitalier, privés à but non lucratif ou privés commerciaux. Sous ces différents statuts, certains ne doivent compter que sur leurs moyens propres alors que d'autres peuvent bénéficier de ressources, de compétences ou de moyens provenant de l'organisme gestionnaire.
- Souvent, il s'agit d'établissements de taille modeste (environ 80 places en moyenne pour un EHPAD).
- Certaines de ces structures peuvent être anciennes, ce qui peut rendre plus difficile la mise en œuvre de certaines mesures de gestion du risque. (ex réseau d'eau)
- Une multiplicité des professionnels interviennent chacun de façon ponctuelle, individualisée, du fait d'une prise en charge des résidents par des professionnels de santé libéraux.
- Ces établissements sont des lieux de vie, les résidents y séjournant souvent pendant de longues années, parfois jusqu'à la fin de leur vie comme en EHPAD. Il y a donc un équilibre à trouver entre les impératifs de sécurité et la nécessaire convivialité attachée au lieu de vie que constituent ces établissements.
- La vie en collectivité fermée favorise la transmission croisée des germes et la survenue de phénomènes endémiques ou épidémiques, du fait des nombreux contacts rapprochés indispensables entre les résidents et les personnels à l'occasion notamment des nombreuses tâches de soins et d'aide à la vie quotidienne.

Dans les EMS, la prévention du risque infectieux est particulièrement difficile du fait que les personnes résidant dans ces établissements présentent des facteurs de fragilité qui les rendent vulnérables au risque infectieux compte tenu de :

- leur âge: l'admission en EHPAD se fait de plus en plus tardivement, les résidents ont une moyenne d'âge qui ne cesse d'augmenter (elle est actuellement de 86 ans) et cette tendance va se poursuivre. Or le risque d'infection croît significativement avec l'âge du fait des modifications physiologiques de l'organisme : changements anatomiques, modifications des fonctions physiologiques et dysfonctions du système immunitaire entraînant des altérations des mécanismes de défense anti-infectieuse ;

- leurs pathologies : en EHPAD les résidents sont souvent poly pathologiques (ils cumulent en moyenne 7 maladies diagnostiquées) et, dans les MAS et les FAM, nombre de résidents, tels les polyhandicapés ou les personnes atteintes d'infirmité motrice cérébrale (IMC) présentent des pathologies ou handicaps lourds qui favorisent la survenue d'infections et nécessitent des soins actifs permanents, également sources potentielles d'infections;
- leur niveau de dépendance pour l'hygiène, la toilette, l'alimentation, les déplacements (fréquence de l'incontinence et de troubles cognitifs).

Par rapport à ces facteurs de fragilité, cette population ne diffère pas beaucoup de celle qui réside dans les unités gériatriques hospitalières ou dans les unités de soins de longue durée, mais les taux d'encadrement, le ratio de personnels au lit des résidents sont plus faibles dans les EMS et ne permettent pas de dégager des ressources en interne pour acquérir des capacités d'expertise par rapport aux infections associées aux soins ou aux infections communautaires.

LE PROGRAMME

1- Les principes qui ont guidé l'élaboration du programme :

1-1 Le programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social doit tenir compte :

- du niveau de risque en EMS, qui est moindre qu'à l'hôpital (moins d'actes diagnostiques ou curatifs invasifs)

L'état des connaissances épidémiologiques est encore limité dans le secteur médico-social ; toutefois les quelques études de prévalence déjà réalisées en EHPAD montrent que les infections gériatriques les plus fréquentes sont celles de la peau et des tissus mous, les infections urinaires et les infections respiratoires (bronchites, pneumopathies, infections respiratoires hautes, grippe). (cf. programme annexe A)

- des spécificités du secteur et des moyens disponibles (ressources humaines et financières) ;
- du degré d'engagement dans la prévention des infections, variable selon les établissements : si certains établissements sont déjà très impliqués dans ce domaine, d'autres y sont moins investis. Toutefois, la plupart ont déjà eu à gérer des situations épidémiques ou ont bénéficié de programmes mis en place par les autorités sanitaires locales ou le Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales et associées aux soins (CCLIN) ou ont déjà conduit quelques actions à la faveur des diverses campagnes de prévention de l'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) sur l'hygiène des mains , de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) sur le bon usage des antibiotiques ou dans le cadre des dernières campagnes nationales « mains propres »,
- des dispositions relatives aux modalités de fonctionnement de l'établissement, en particulier du développement de la démarche qualité instituée par la loi du

2 janvier 2002 et appuyée sur les cahiers des charges et référentiels du secteur.

1-2 L'option retenue n'est pas de donner des règles détaillées applicables uniformément à tous les établissements, mais de promouvoir une démarche qui permette à chacun d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise de ce risque afin d'élaborer ou adapter son programme d'action.

Cette démarche sera formalisée dans un Document d'Analyse du Risque Infectieux (DARI). (Cf. programme Annexe B)

1-3 Ce programme national de prévention s'accompagnera d'un nombre limité d'indicateurs permettant essentiellement de suivre le degré d'engagement de chaque établissement médico-social dans la démarche.

Par ailleurs, une étude nationale de prévalence est prévue à l'issue du plan stratégique national ; elle permettra de faire un point de situation.

1-4 L'objectif est de parvenir à ce que tous les gestionnaires d'EMS concernés mobilisent leurs équipes et mettent en place une démarche d'évaluation et de gestion du risque infectieux afin d'aboutir à une organisation et à un programme d'actions prioritaires à mener qui leur permettront de progresser au quotidien et d'agir plus efficacement en cas de crise.

100% des établissements devront avoir formalisé leur DARI fin 2012.

2- Les éléments du programme

2-1 Au niveau national

Pour aider les établissements à élaborer leur DARI, l'État met à disposition différents outils que pourront utiliser les établissements s'ils ne disposent pas par ailleurs d'outils propres d'un niveau au moins équivalent :

- un manuel national permettant aux établissements de faire leur auto-appréciation de leur niveau de maîtrise du risque infectieux, dont la réalisation a été demandée au Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalières (GREPHH) qui réunit les cinq CCLIN. Ce manuel leur permettra de visualiser, grâce à une aide informatisée, les points forts et les points faibles de leur organisation, pour dégager ensuite les actions prioritaires à inclure dans leur politique de gestion du risque.

Les MAS et FAM pourront utilement s'appuyer sur ce manuel, initialement conçu pour les EHPAD, mais qui semble tout à fait transférable aux établissements hébergeant des personnes handicapées. (Dans ce cadre, il serait utile que quelques établissements se portent volontaires pour expérimenter ce manuel afin d'y apporter si besoin les modifications ou compléments d'items nécessaires pour leur secteur. Les établissements intéressés peuvent se signaler à la DGCS à l'adresse suivante :

anne-marie.tahrat@social.gouv.fr;

- des fiches techniques et des documents d'aide sont proposés pour répondre aux critères de ce manuel. Ils sont élaborés par un groupe de travail inter CCLIN et seront disponibles au 30 septembre 2011 ;

- Ces documents sont téléchargeables sur le portail internet des CCLIN (<http://www.cclin-france.fr/>) et sur le site internet du ministère des solidarités et de la cohésion sociale. : <http://www.solidarite.gouv.fr/espaces,770/personnes-agees,776/rubrique-technique,798/nos-sites,1995/espaces,770/personnes-agees,776/informations-pratiques,1329/les-etablissements-et-services,853/>

Par ailleurs, les EMS pourront utilement se référer à d'autres outils de formation ou d'aide à la pratique en cours d'élaboration :

- o un nouveau volet du programme MOBQUAL de la Société Française de Gériatrie et Gérontologie (SFGG) portant sur le risque infectieux dans les EMS, dont la réalisation est en cours. Ce programme national est développé dans le cadre d'une convention passée entre la SFGG et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au titre de support au développement de la qualité dans les EMS. Ce volet risque infectieux sera disponible à la fin du second semestre 2011. Les outils sont attribués, soit à la suite de réunions régionales ou territoriales co-organisées avec les ARS, soit sur demande individuelle à mobiqual@sfgg.org . (Pour plus d'information cf. le site www.mobiqual.fr)
- o un « kit » de formation relatif au bon usage des antibiotiques, destiné aux médecins libéraux. (Direction Générale de la Santé) qui sera disponible fin 2011.

2-2 Au niveau régional

Pour faciliter la mise en œuvre du programme, un suivi régional sera assuré sous l'égide des directeurs généraux des Agences régionales de santé (ARS).

Des sessions départementales ou régionales de sensibilisation seront organisées pour présenter le programme et ses outils aux directeurs des EMS et aux professionnels responsables identifiés dans les établissements, en lien avec les acteurs ou experts régionaux notamment les Cellules de l'InVS en région (Cire), les CCLIN –ARLIN (Antennes régionales de lutte contre les infections nosocomiales) qui pourront également si besoin être sollicités par les établissements pour un accompagnement méthodologique.

2-3 Au niveau des établissements

Il est demandé aux responsables des établissements d'établir leur DARI et de l'annexer :

-pour les EHPAD : au rapport annuel d'activité médicale mentionné à l'article D.312-158 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

-pour les MAS et FAM : au rapport d'activité de l'établissement mentionné à l'article R 314-50 du CASF.

La prise en compte du risque infectieux s'inscrit dans une démarche collective continue d'amélioration de la qualité qui sera appréciée notamment lors de la procédure d'évaluation interne prévue à l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

L'expérience montre que la conduite de projet de ce type (démarche qualité, gestion de risques) dépend de l'engagement du directeur dans la démarche et est facilitée par la mise en place de mesures organisationnelles notamment : la désignation d'un

responsable mandaté, la constitution d'un comité de suivi composé au minimum du directeur ou de son représentant, d'un médecin intervenant dans l'établissement (le médecin coordonnateur dans les EHPAD) et d'un cadre infirmier ou d'un infirmier référent.

Pour les EMS ne disposant pas en interne d'une expertise en hygiène, il est recommandé de passer une convention avec une équipe opérationnelle d'hygiène, soit celle de l'établissement auquel est rattaché l'EHPAD, soit celle d'un autre établissement de proximité ou d'une équipe inter-établissements.

Certains dispositifs de coopération, notamment les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) visés à l'article L 312-7 du CASF ou les groupements de coopération sanitaires (GCS) visés à l'article L 61331-1 du CSP, peuvent fournir des opportunités de mutualisation de fonctions ou de compétences entre établissements, utiles notamment dans le cadre de ce programme (infirmier hygiéniste, qualicien, gestionnaire de risque...).

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

- la connaissance et l'application rigoureuse par l'ensemble des professionnels au contact des résidents, des règles d'hygiène standard dont l'hygiène des mains,
- la sensibilisation des personnels à la vaccination antigrippale,
- s'agissant de la surveillance et du signalement de certains phénomènes infectieux, chaque établissement définira sa politique de surveillance en interne en tenant compte des spécificités de son activité clinique, des éventuelles contraintes réglementaires et des moyens qu'il peut mobiliser pour cette activité.

Le signalement de certains cas isolés ou groupés d'infections par les médecins intervenant dans l'établissement se fera à l'Agence régionale de santé (ARS) ; il concerne :

- o les maladies à déclaration obligatoire (MDO) (Art. R.3113-1 à 5 et Art D. 3113-6 et 7 du code de la santé publique.),
- o les cas groupés d'infections respiratoires aiguës basses (IRAB) chez les personnes âgées (circulaire n° DHOS/E2/DGS/SD5C/DGAS/SD2/2006/489 du 22 novembre 2006),
- o tout phénomène anormal survenant dans un contexte infectieux pouvant constituer une menace sanitaire grave pour la santé de la population. (Art. L.1413-14 et 15 du code de la santé publique).

L'expertise de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) de proximité, de la cellule de l'Institut de veille sanitaire en région (Cire) ou du réseau C CLIN – ARLIN pourra être sollicitée en cas de difficulté.

- L'élaboration d'un plan de crise : l'établissement devra savoir détecter une épidémie , prévenir l'ARS et mettre en place les premières mesures de gestion en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux (la Cire pour l'aide à l'investigation, en complémentarité avec le réseau CCLIN-ARLIN pour la gestion de l'épisode et l'aide à la mise en place des mesures à prendre) : mettre en place une cellule de crise au sein de l'établissement (la cellule de

suivi du programme renforcée le cas échéant par un professionnel de l'EOH), renforcer les mesures d'hygiène standard, d'autant plus nécessaire que le regroupement des cas dans une même zone est souvent impossible à réaliser dans ces établissements.

- Les actions à mener par rapport au « plan antibiotique » et pour limiter l'émergence et la diffusion des bactéries multi résistantes aux antibiotiques (BMR) sont de :
 - o promouvoir les mesures de prévention de la transmission croisée des phénomènes infectieux (dont l'hygiène des mains et l'utilisation des produits hydro-alcooliques, ainsi que le respect des précautions standard),
 - o améliorer la couverture vaccinale des infections bactériennes et/ou virales à l'occasion desquelles des surinfections bactériennes peuvent survenir (la grippe, pneumonies à pneumocoques),
 - o encourager le bon usage des antibiotiques.

2-4 En 2013, une évaluation du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social, sera réalisée à partir notamment des indicateurs de niveaux de mobilisation des EMS tirés du DARI.

Elle sera suivie par une étude nationale de prévalence qui sera conduite sous l'égide de l'InVS.

ANNEXE A TYPOLOGIE DES INFECTIONS

I- Principaux éléments de repère pour le personnel au contact des résidents

1- On peut classer des infections selon :

1-1 les principaux germes responsables (essentiellement les deux premières catégories...)

- Les bactéries

Les bactéries sont ubiquitaires (on les trouve partout) : dans le sol, l'eau, l'air, les surfaces, sur la peau... La plupart des espèces sont inoffensives, certaines sont bénéfiques (flore intestinale), d'autres sont pathogènes (ex : staphylocoque-streptocoque-pneumocoque, salmonelles ...)

- Les virus

ex : hépatites virales A-B-C, virus digestif (Nonovirus...), grippe saisonnière, herpès de la peau et des muqueuses, zona

- les parasites

Parasites rencontrés outre-mer (ex : parasite du paludisme..), parasites intestinaux (ex : le Tænia), ou cutanés (ex : la gale)

- Les mycoses

ex : de la peau, du cuir chevelu (teigne) ...

1-2 Le site infecté

Tous les organes peuvent être touchés :

ex : angines et pharyngites, rhinopharyngites, sinusites, infections dentaires, otites, bronchites, pneumopathies (dont tuberculose), gripes, méningites, infections digestives (diarrhées aiguës infectieuses, toxi-infections alimentaires collectives (TIAC) ou infections digestives chirurgicales), infections urinaires, infections cutanées, infections de l'œil (conjonctivites.) ...

Les infections peuvent être bénignes, comme les infections locales (un furoncle, une angine, une infection urinaire), ou elles peuvent induire une maladie grave si elle touche un organe vital (ex broncho-pneumonie) ou s'il y a une toxi-infection, (ex botulisme), mais la gravité peut aussi tenir au terrain, c'est-à-dire aux personnes qui présentent une vulnérabilité particulière au risque infectieux (ce qui est le cas des personnes âgées ou des personnes diabétiques...)

1-3 L'infection dans les EMS résulte de mécanismes complexes et intriqués, liés tant à l'état de santé et de dépendance des résidents qu'aux soins qui leur sont prodigués (ex : sondes urinaires, cathéters sous cutanés), à la vie en collectivité (par contagion présumée) ou à la présence d'agents exogènes dans l'environnement (réseaux d'eau et légionellose)

2- Il faut signaler à l'infirmière qui alertera si besoin le médecin, tout signe susceptible de révéler une infection : fièvre, toux, diarrhée, douleur, modification de la peau (rougeur, chaleur, gonflement...), démangeaisons, urines troubles, modification de l'état de conscience...

3- Il faut veiller tout au long des tâches quotidiennes au respect strict des règles d'hygiène, spécialement lors du nettoyage des surfaces et des locaux, de la réalisation des toilettes et des changes, de l'aide lors des repas, des soins. L'hygiène des mains doit rester une préoccupation constante de toute la communauté car c'est le facteur le plus efficace pour éviter les infections tant pour les résidents que pour le personnel (frictions avec une solution hydro alcoolique).

II- Les données épidémiologiques

1- Les données épidémiologiques dont nous disposons en France sont issues d'une part des quelques études de prévalence des IAS locales ou nationales menées dans les EHPAD ou en USLD et d'autre part des données des signalement mises en œuvre par l'InVS en lien avec ses cellules en région (les Cires) et les autorités sanitaires locales (ARS) et par le dispositif de signalement des épisodes d'IAS via les ARS et les CCLIN pour les EHPAD rattachés à des établissements de santé .

1-1 Enquêtes de prévalence

- Résultats de 3 enquêtes : EHPAD Drôme-Ardèche 2008- ORIG 2006- ENP2006

Ces résultats sont globalement concordants entre eux (à quelques variantes près dues à des protocoles ou des périodes différentes de réalisation de l'enquête), ainsi qu'aux résultats du volet français de l'enquête européenne HALT menée en décembre 2010 par le RAISIN (réseau d'alerte, d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales).

Comparaison des résultats (in : Hygiène -2010- Volume XVIII-N°3)

| | Prévalence infectés | Prévalence infections | Localisations des infections |
|--------------------------|---------------------|-----------------------|--|
| ENP 2006 SLD | 5,3 | 5,5 | 1/ Urinaire 2 / Peau/ tissus mous 3/ Respiratoire 4/ Oculaire-ORL |
| ORIG EHPAD 2006-2007 | | 11,2 | 1/ Respiratoire 2/ Urinaire 3 / Peau/ tissus mous 4/ Digestif |
| EHPAD Drôme-Ardèche 2008 | 5,9 | 6,0 | 1/ Peau/ tissus mous 2/ Urinaire 3/ Respiratoire 4/ Oculaire |

- Localisation des infections (exemple du taux de prévalence de l'enquête EHPAD Drôme-Ardèche 2008)

Peau/tissus mous : 34,8% - Urinaire : 25,8% - Respiratoire : 14,6% - oculaire : 11,2% -

ORL/stomatologie : 6,7% - Gastro-intestinale :6,7% - Génitale : 2,2% - autres : 1,1%

- Résultats de l'enquête HALT

Prévalence globale des résidents infectés : 3,9%

Les trois localisations les plus fréquentes : peau/tissus mous (31%), urinaires (30%), respiratoires (23%)

1-2 Surveillance

Dans les EMS, les cibles actuellement identifiées par l'InVS pour le signalement des IAS sont deux des infections les plus fréquemment rencontrées dans ces structures, à potentiel épidémique et responsable d'une morbidité et mortalité significative : les cas groupés d'infections respiratoires aiguës (IRA) et de gastro-entérites aiguës (GEA), ainsi que certaines maladies à déclaration obligatoire (MDO), légionellose par exemple

2- La survenue des épisodes épidémiques est un problème majeur dans le secteur médico-social en termes de fréquence, de morbidité, de mortalité, de coûts induits et de charge en soins.

Ex : Grippe ou cas groupés de pneumopathies évoquant une transmission croisée ou une cause environnementale, cas groupés de gale, de toxi-infections alimentaires collectives ou cas groupés de diarrhée.

ANNEXE B

LE DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI)

La démarche d'analyse de risque préconisée pour guider la réflexion des responsables d'établissements comporte classiquement trois étapes :

- 1 Évaluation du risque
- 2 Gestion du risque
- 3 Communication sur le risque

Ce sont ces trois étapes qui doivent conduire à l'élaboration du DARI.

● **Evaluation : Identifier et analyser le risque**

- Recenser les épisodes infectieux survenus au cours des trois dernières années :

On repère les événements infectieux qui se sont produits dans l'établissement et qui ont pu toucher aussi bien les résidents que les personnels (cf. programme Annexe A)

Cette étape, qui n'a pas besoin d'être exhaustive, a le mérite, si elle est menée en associant toutes les catégories de personnels, de faciliter la mobilisation sur la démarche en faisant prendre conscience à chacun du risque infectieux dans l'établissement ; elle contribue aussi permettre à dégager les premières priorités pour le programme de travail .

- Déterminer leur criticité

Chaque risque se caractérise par deux variables principales : la fréquence et la gravité.

La criticité est obtenue en multipliant la gravité par la fréquence ($C = G \times F$)

On utilise des échelles de mesures simples, à 4 niveaux par exemple.

Echelle de gravité :

- 1 : gravité mineure (sans dommage sur la santé)
- 2 : gravité moyenne (dommages, sans altération de l'état général)
- 3 : gravité élevée (altération de l'état général, mais sans risque vital)
- 4 : gravité très élevée (risque vital)

Echelle de fréquence :

- 1 : possibilité faible de survenue
- 2 : possibilité moyenne de survenue
- 3 : risque récurrent
- 4 : possibilité très élevée

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

- Hiérarchiser les phénomènes infectieux selon leur criticité décroissante.

Cette cartographie contribuera à déterminer les priorités du programme de prévention de l'établissement.

● **Gestion du risque infectieux**

- Analyser le niveau de maîtrise du risque infectieux dans l'établissement

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

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

- Elaborer le programme d'actions prioritaires

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

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

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

S'inscrivant dans la politique de gestion des risques de l'établissement, le DARI tient compte des moyens humains et financiers disponibles et des autres priorités de l'établissement.

- prévoir le calendrier de réalisation du programme d'actions prioritaires
- prévoir la périodicité des évaluations du programme

Ces évaluations périodiques permettront de mesurer les progrès accomplis et le réajustement du programme d'actions dans une perspective d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge du résident.

● **Communication :**

Prévoir d'informer à chaque étape de la démarche tous les acteurs concernés : personnels, professionnels intervenant dans l'établissement mais aussi résidents, familles, et visiteurs et partenaires extérieurs, de telle sorte que les mesures soient comprises, spécialement celles concernant les règles d'hygiène qui requièrent la vigilance de toute la communauté.

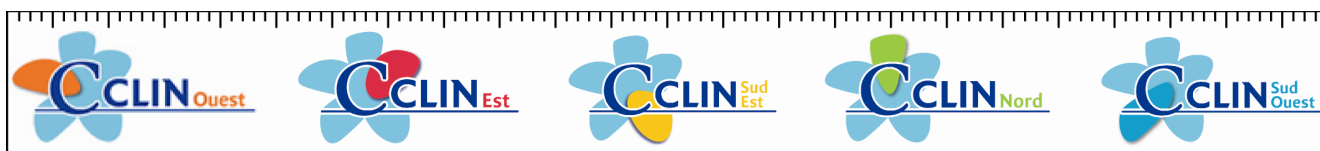
GREP  H

GROUPE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD



MANUEL D'AUTO-EVALUATION - JANVIER 2011



INTRODUCTION

Il y aurait en France environ 650 000 résidents hébergés, répartis dans une dizaine de milliers d'EHPAD. Environ 40% des résidents ont au moins 85 ans avec une majorité de femmes (70%) [résultats préliminaires de HALT-enquête européenne sur les EHPAD et équivalents].

La charge en soins est très élevée, liée en particulier à la fréquence des résidents polypathologiques et à la dépendance [entre 85 et 95% de patients sont classés en GIR 1, 2,3 ou 4].

Les soins de plaie, de cathéters sous-cutanés et la kinésithérapie respiratoire représentent la majorité des soins dispensés aux résidents [L. Simon, M.A. Ertzscheid, B. Lejeune, rapport à la DGS 2010].

De ces considérations résulte l'importance de la gestion du risque infectieux dans les EHPAD du fait de la grande fragilité des résidents.

Le guide proposé par le GREPHH permet aux établissements de s'auto-évaluer en prenant en considération les risques liés à l'organisation et à l'environnement ainsi que la gestion des soins, la prévention par les vaccinations et les risques épidémiques les plus fréquents.

Au vu des constats effectués, l'EHPAD doit définir des actions d'amélioration, les mettre en place et par une nouvelle auto-évaluation suivre les progrès réalisés. Ceci rentre dans une politique plus globale d'amélioration continue de la gestion des risques.

Benoist LEJEUNE



GROUPE DE TRAVAIL : COORDINATION D. ZARO-GONI

| | | |
|-----------------|-----------------|----------|
| C. BERNET | CCLIN SUD-EST | LYON |
| M.BLASSIAU | ARLIN | REIMS |
| M-A. ERTZSCHEID | CCLIN OUEST | RENNES |
| S. JOURDAIN | ARLIN/CHRU | BREST |
| D. LANDRIU | CCLIN NORD | PARIS |
| N. VERNIER | CCLIN EST | NANCY |
| D. ZARO-GONI | CCLIN SUD-OUEST | BORDEAUX |

GROUPE DE TRAVAIL CCLIN SUD-OUEST – GUIDE VERSION 1

| | | | |
|--------------------|-------------------------------------|--------------------|------------|
| D. ZARO-GONI | Cadre coordonnateur | CCLIN SUD-OUEST | BORDEAUX |
| F. BEL | Directeur des services économiques | CENTRE HOSPITALIER | AGEN |
| M-P. BLANCHET | Infirmière hygiéniste | CENTRE HOSPITALIER | AGEN |
| C. CADOT | Cadre supérieur de santé hygiéniste | CENTRE HOSPITALIER | AGEN |
| X. GERVAIS | Médecin coordonnateur | HOPITAL SUBURBAIN | LE BOUSCAT |
| N. MAUBOURGUET-AKE | Médecin coordonnateur, Présidente | FAMCO | BORDEAUX |
| B. THIEL | Infirmière coordonnatrice des soins | EHPAD | MEZIN |

CONCEPTION DES DOCUMENTS

SOUSA Elisabeth - BORDEAUX

CONCEPTION DE L'OUTIL INFORMATIQUE

PEFAU Muriel - BORDEAUX

GROUPE DE RELECTURE

| | | |
|--------------------|---|---|
| A. HERMANS | | ARS CHAMPAGNE ARDENNE |
| M. CARNOT | DIRECTEUR DES SOINS CONSEILLERE TECHNIQUE | ARS CHAMPAGNE ARDENNE |
| X. GERVAIS | MEDECIN COORDONNATEUR | FAMCO |
| N. MAUBOURGUET-AKE | PRESIDENTE | FAMCO |
| S. AHO | MEDECIN HYGIENISTE | SFHH |
| J. HAJJAR | PRESIDENT | SFHH |
| E. GALY | CADRE INFIRMIER COORDONNATEUR | ARLIN MIDI-PYRENEES |
| A. LE GUYADER | MEDECIN HYGIENISTE | HOPITAL DE VITRE |
| J. LE ROUX | INFIRMIERE HYGIENISTE | ASSOCIATION TY YANN BREST |
| F. BERTIN-HUGAULT | DIRECTEUR MEDICAL | GROUPE KORIAN - LYON |
| G. GAVAZZI | | SOCIETE FRANÇAISE DE GERIATRIE GERONTOLOGIE |
| L. DUCRUET | PHARMACIEN HYGIENISTE | EQUIPE MOBILE DE PREVENTION DU RISQUE INFECTIEUX EHPAD VILLEFRANCHE TARARE |
| M. BARBE | DIRECTEUR | EHPAD « LES JARDINS DU CASTEL » CHATEAUGIRON |
| MME CHEDAILLE | CADRE DE SANTE | EHPAD « LES JARDINS DU CASTEL » CHATEAUGIRON |
| C. COFFRE | INFIRMIERE D.E. COORDONATEUR | EHPAD LA FONTAINES MEDICIS A ST GERMAIN LES CORBEILLES |
| I. NOVAKOVA | INFIRMIERE | EHPAD LA FONTAINES MEDICIS A ST GERMAIN LES CORBEILLES |

Document présenté et validé en séance plénière du GREPHH le 17.09.2010

MEMBRES DU GREPHH

| | | | |
|---------------------------|----------|-------------------------|----------|
| Martine AUPEE | Rennes | Christian RABAUD | Nancy |
| Marie-Alix ERTZSCHEID | Rennes | Loïc SIMON | Nancy |
| Nathalie JOUZEAU | Nancy | Vanessa VANROSSEM | Paris |
| Catherine LALAND | Poitiers | Delphine VERJAT-TRANNOY | Paris |
| Danièle LANDRIU | Paris | Nathalie VERNIER | Nancy |
| Elisabeth LAPRUGNE-GARCIA | Lyon | Daniel ZARO-GONI | Bordeaux |
| Benoist LEJEUNE | Brest | | |



SOMMAIRE

| | |
|---|----|
| Introduction ----- | 2 |
| Liste des abréviations ----- | 5 |
| Conseils d'utilisation ----- | 7 |
| Fiche établissement ----- | 8 |
| Chapitre I : Organisation des moyens de prévention dans l'établissement ----- | 9 |
| I-1 : Moyens ----- | 9 |
| I-2 : Surveillance / Alerte / Indicateurs ----- | 10 |
| I-3 : Antibiotiques ----- | 10 |
| I-4 : Tenue du personnel dans l'établissement ----- | 11 |
| Chapitre II : Gestion de l'environnement et des circuits ----- | 12 |
| II-1 : Entretien des locaux ----- | 12 |
| II-2 : Hygiène en restauration ----- | 13 |
| II-3 : Gestion du linge ----- | 14 |
| II-4 : Gestion des déchets ----- | 15 |
| II-5 : Gestion de la qualité de l'eau ----- | 16 |
| Chapitre III : Gestion du matériel ----- | 18 |
| Chapitre IV : Gestion des soins ----- | 19 |
| IV-1 : Actes infirmiers et de nursing ----- | 19 |
| IV-2 : Antiseptiques ----- | 20 |
| IV-3 : Précautions « standard » ----- | 21 |
| IV-4 : Précautions complémentaires ----- | 22 |
| IV-5 : Hygiène des résidents ----- | 22 |
| Chapitre V : Les vaccinations contre les affections respiratoires ----- | 23 |
| Chapitre VI : Gestion des risques épidémiques ----- | 24 |
| VI-1 : Gale ----- | 24 |
| VI-2 : Tuberculose pulmonaire ----- | 24 |
| VI-3 : Gastro-entérite ----- | 25 |
| VI-4 : Infection respiratoire aiguë basse ----- | 25 |
| Chapitre VII : Prévention des accidents avec exposition au sang ----- | 26 |
| Pour en savoir plus ----- | 27 |



Liste des abréviations

AES : Accident d'Exposition des soignants au Sang et Liquides Biologiques

ARLIN : Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales

ARS : Agence Régionale de Santé

BMR : Bactérie Multi Résistante

CAT : Conduite A Tenir

CCP : Critical Control Point, étape ou procédure où il est nécessaire et possible de contrôler les risques. En buanderie la méthode est dénommée RABC

CHSCT : Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail

CIP : Cathéter à Chambre Implantable

CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeux

CCLIN : Centre de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales

CIRE : Cellule (Inter) Régionale d'Epidémiologie

CVGAS : Cellule de Veille et de Gestion des Alertes Sanitaires

DASRI : Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux

DM : Dispositifs Médicaux

DU : Diplôme Universitaire

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EPU : Enseignement Postuniversitaire

FFP : Filtering Facepiece Particles - Pièce Faciale Filtrante, appareil de Protection respiratoire (masque) (FFP1 FFP2)

GEA : Gastro-Entérite Aigüe

HACCP : Hazard Analysis Critical Control Point : Analyse des dangers et points critiques pour leur maîtrise. Méthode ou démarche d'analyse et de raisonnement permettant d'identifier les dangers et les risques en cuisine

IN, IAS : Infection Nosocomiale, Infection Associée aux Soins

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IRA : Infection Respiratoire Aigüe

NA : Non Adapté

OM : Ordures Ménagères

OPCT : Objet Piquant Coupant Tranchant

ORIG : Observatoire du Risque Infectieux en Gériatrie

PHA : Produits Hydro-Alcooliques

PC : Précautions Complémentaires

PS : Précautions Standard

TIAC : Toxi-Infection Alimentaire Collective

VHB : Virus de l'Hépatite B

VHC : Virus de l'Hépatite C

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Dans le cadre du programme Priam « Surveillance et prévention des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (ÉHPAD) », une première enquête nationale de prévalence a été menée en France en 2006-2007 par l'Observatoire du risque infectieux en gériatrie (Orig). Pour un total de 44 870 personnes âgées dans 577 ÉHPAD, le taux de prévalence global, tous sites infectieux confondus, a été estimé à 11,2 pour 100 résidents (IC 95 % : 10,9-11,5). Le risque infectieux en ÉHPAD paraît donc important.

L'outil d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, élaboré par un groupe de travail GREPHH, a pour objectif **d'accompagner les établissements pour établir leur bilan sur les moyens mis en place pour lutter contre les Infections Associées aux Soins et les prévenir. Il ne s'agit donc pas de réaliser une évaluation des pratiques professionnelles par observation directe.**

L'objectif est bien, dans un premier temps, de permettre de dégager les points forts et les points faibles de votre organisation.

Dans un deuxième temps et à partir de ce bilan, votre établissement mettra en place les améliorations nécessaires et indiquées dans le rapport automatisé obtenu à la fin de cette évaluation.

Des actions prioritaires seront dégagées et incluses dans la politique de gestion du risque au sein de votre EHPAD.



CONSEILS D'UTILISATION

Afin de conduire votre évaluation sur la maîtrise du risque infectieux dans votre établissement, nous vous proposons de suivre les étapes décrites ci-dessous. Prévoir 3 heures environ pour réaliser cette mesure et passer en revue les 7 chapitres proposés dans ce guide.

ÉTAPE 1 ENGAGEMENT

Le Directeur de l'établissement désigne un professionnel parmi ceux qui ont en charge ce domaine d'activité (médecin coordonnateur, infirmière...), afin de prendre en charge l'auto-évaluation.

ÉTAPE 2 PREPARATION (influe sur le temps nécessaire à la réalisation de l'évaluation)

L'auditeur doit collecter l'ensemble des documents nécessaires à l'évaluation (le règlement intérieur, les protocoles, les procédures...). L'auditeur doit organiser une réunion de travail avec les professionnels concernés par les thèmes abordés en veillant à la représentation de chaque catégorie professionnelle. Il pourra être nécessaire pour certaines rubriques (hygiène alimentaire, traitement du linge, gestion des déchets...) d'inviter ou de consulter au préalable les partenaires extérieurs avec lesquels il gère ces aspects logistiques. Au cours de la réunion d'évaluation, les 7 chapitres seront examinés et chaque critère renseigné selon les pratiques mises en place dans votre établissement en veillant à la présence d'un élément de preuve pour les critères qui le nécessitent. Une information de la démarche engagée devra être diffusée auprès des résidents et la famille ainsi qu'aux professionnels de santé de l'établissement.

Vous comprendrez l'importance de préparer cette réunion de travail, de solliciter les personnes concernées et de leur demander d'apporter les documents d'information qu'ils utilisent quotidiennement.

ÉTAPE 3 REALISATION

Indiquer la réponse à chacun des critères des 7 chapitres du guide, correspondant aux situations au jour de l'enquête. Tous les critères doivent être renseignés, et les réponses portées sur ce document papier

(« Maîtrise du risque infectieux en EHPAD – Manuel d'auto-évaluation ») après avoir été validées par le pilote de l'évaluation.

ÉTAPE 4 OUTIL INFORMATIQUE

Installez l'outil informatique sur votre ordinateur après l'avoir téléchargé sur le site du GREPHH www.grephh.fr.

Il est nécessaire de bien lire les instructions contenues dans le chapitre « Guide d'utilisation de l'outil informatique ». Une fois les consignes lues, vous pouvez saisir les données (vos réponses) portées sur le document papier et/ou sur le support informatique. Nous vous conseillons un endroit isolé afin de ne pas être dérangé lors de la saisie informatique (téléphone...). Cette étape est importante et ne doit pas comporter des erreurs de saisie qui fausseraient les résultats sur les rapports automatisés et pourraient être pénalisants pour votre établissement.

ÉTAPE 5 RAPPORT POUR VOTRE ÉTABLISSEMENT

Votre rapport comportera les renseignements généraux de votre établissement, un premier score global exprimé en nombre de points et un pourcentage d'objectifs atteints par votre établissement. Ces calculs reposent sur une valeur de 1 point attribué à chaque critère pour lequel la réponse a été « oui ». Certains de ces critères ne font pas l'objet d'un score attribué **Non Score**, ils ne sont donc pris en compte dans le calcul du score global.

Un tableau rapporte les scores de chaque chapitre selon les modalités de calcul décrites ci-dessus. Ces résultats exprimés en points et pourcentage d'objectifs atteints reflètent l'organisation de votre établissement dans le domaine de la prévention des Infections Associées aux Soins.

La saisie des données génère le calcul des scores de chaque chapitre. Ces scores sont présentés dans des tableaux (un par chapitre). Le calcul des scores varie selon les spécificités de votre établissement et prend en compte son organisation. Le groupe n'a pas souhaité pondérer la valeur des critères et a retenu un score identique pour chacun d'eux. Exemple : le score calculé pour un établissement doté d'une restauration en liaison froide est différent d'un établissement doté d'une restauration en liaison chaude. Le nombre de critères est différent, le score calculé est aussi différent.

ÉTAPE 6 ÉDITION DU POSTER

Vos résultats sont rassemblés sur un poster de présentation. Véritable outil de communication, les scores sont présentés dans un graphique que nous avons souhaité très visuel : il permet de repérer rapidement les points positifs et ceux qui sont à améliorer. Un commentaire généré par les résultats aide la lecture de ce poster. Vous devrez, avant de l'imprimer en couleur, indiquer dans l'espace réservé vos priorités d'amélioration.

Nous vous conseillons de reproduire l'évaluation régulièrement (12 mois). Cela vous permettra de mesurer et d'objectiver les progrès accomplis. Pour cela, renommez l'outil où vous avez saisi vos données et téléchargez à nouveau l'outil sur le site du GREPHH.

FICHE ETABLISSEMENT

Nom de l'établissement : _____

Code Finess établissement : _____

Code attribué par votre CCLIN * : | ____ |

Code Postal et Ville : _____ ARLIN : _____

Code CCLIN : | ____ | (1. Est, 2. Ouest, 3. Paris-Nord 4.Sud-Est, 5. Sud-Ouest)

Statut : _____ (1= public ; 2= privé)

Nature : | ____ |

1= votre établissement est un EHPAD

2= votre établissement de santé assure une activité EHPAD

Nombre total de lits EHPAD : | ____ | | ____ | | ____ |

Date de l'évaluation : ____ / ____ / ____

Personnes ayant réalisé l'évaluation : _____

* attribué lors des enquêtes organisées par le CCLIN de votre ARLIN



AUTO-EVALUATION

CHAPITRE I ORGANISATION DES MOYENS DE PREVENTION DANS L'ETABLISSEMENT

I-1 MOYENS

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Votre établissement bénéficie de la présence d'un médecin coordonnateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Votre établissement : | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ a passé une convention en hygiène avec un établissement de santé ▪ travaille en réseau avec une équipe opérationnelle en hygiène d'un établissement de santé ▪ dispose d'une infirmière hygiéniste (DU) et/ou d'un praticien hospitalier en hygiène (DU) avec temps dédié à l'activité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 si au moins 1 des 3 |
| Une personne référente hygiène (IDE, AS, ...) et/ou relais est en place dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Le rapport annuel médical d'activité comporte un chapitre sur l'hygiène et le risque infectieux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Non Scoré |
| La formation du personnel à la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS) en gériatrie est organisée pour : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'équipe médicale (par exemple EPU) ▪ les IDE et AS et Kinésithérapeute ▪ le personnel médico social (AMP : Aide-médico-psychologue) ▪ le personnel technique (personnel des cuisines, agent entretien, ASH) ▪ l'encadrement administratif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |



I-2 SURVEILLANCE / ALERTE / INDICATEURS

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| Vous avez participé à une enquête de prévalence au cours des 3 dernières années | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Si oui indiquez votre taux de résidents infectés | | | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text" value=""/> |
| Une politique de prise en charge des résidents porteurs de BMR a été définie au sein de votre EHPAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Un suivi des infections à BMR est organisé dans votre établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |
| L'évaluation de l'état nutritionnel des résidents est mise en place dans votre établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Une conduite à tenir de prise en charge de résidents présentant une nutrition protidique et/ou une déshydratation est validée par le médecin coordonnateur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Le suivi de cet état est organisé mensuellement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Vous avez identifié les personnes ressources rattachées à : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| ▪ ARS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |
| ▪ CIRE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |
| ▪ CCLIN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |
| ▪ ARLIN | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |

I-3 ANTIBIOTIQUES

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--|
| Une politique antibiotique a été définie sur votre EHPAD par le médecin coordonnateur à destination des médecins prescripteurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| ▪ des protocoles de prescription existent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |
| ▪ un référent est identifié | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/> |
| Une réévaluation de prescription des antibiotiques est organisée entre la 48^{ème} et la 72^{ème} heure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |



I-4 TENUE DU PERSONNEL DANS L'ETABLISSEMENT

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Le règlement intérieur de l'EHPAD ou document équivalent existe : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Si oui, il prévoit : | | | |
| Le port d'une tenue professionnelle pour le personnel salarié de l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| La fourniture par l'institution des tenues professionnelles des agents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'entretien par l'institution des tenues professionnelles des agents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Le changement quotidien de la tenue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| La mise à disposition d'une tenue professionnelle adaptée à la situation pour les intervenants extérieurs (infirmière libérale, kinésithérapeute, médecin de ville, podologue, personnel de laboratoire de biologie...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Une tenue à manches courtes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| L'absence de vêtement dépassant de la tenue | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| L'absence de vêtement personnel sur la tenue au cours de l'activité de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Les cheveux longs attachés et maintenus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| L'absence de bijoux (mains et poignets) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Les ongles courts et sans vernis, sans faux ongles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |



CHAPITRE II GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CIRCUITS

Un EHPAD est un établissement considéré comme à risque infectieux moyen (zone 2, guide du bio nettoyage).
Même si ce risque n'est pas fortement élevé (comme dans un service de réanimation par exemple), il est cependant bien réel et doit donc être pris en compte, tout particulièrement lors de

la gestion de l'environnement et des circuits qui comporte :

- **Entretien des locaux**
- **Hygiène en restauration**
- **Gestion du linge**
- **Gestion des déchets**
- **Gestion de la qualité de l'eau**

II-1 ENTRETIEN DES LOCAUX

| Critères | oui | non | NA | score |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
| Il existe des procédures institutionnelles de nettoyage des locaux dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| Si oui elles sont : | | | | |
| ▪ validées par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections | <input type="checkbox"/> | | | |
| ▪ diffusées présentées et mises à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD | <input type="checkbox"/> | | | 1 si 3 ☒ |
| ▪ évaluées | <input type="checkbox"/> | | | |
| Elles concernent le nettoyage : | | | | |
| ▪ quotidien de la chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ trimestriel approfondi de la chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ approfondi de la chambre systématiquement au départ du résident | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ quotidien des sanitaires communs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ des lieux de vie collectifs (restauration, animation...) après chaque utilisation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ de (s) bureau(x) de consultation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| ▪ de la (des) salle(s) de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| Elles comportent : | | | | |
| ▪ une traçabilité de l'entretien des locaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ l'utilisation : | | | | |
| - de détergents | <input type="checkbox"/> | | | |
| - de détergents / désinfectants | <input type="checkbox"/> | | | 1 si 1 des 3 |
| - de la méthode vapeur | <input type="checkbox"/> | | | |
| ▪ une liste des produits disponibles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures de nettoyage des locaux | | | | |
| ▪ un chariot de ménage est à la disposition des équipes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ le matériel nécessaire existe : | | | | |
| ○ les bandeaux | <input type="checkbox"/> | | | |
| ○ les balais trapèzes | <input type="checkbox"/> | | | 1 si 4 ☒ |
| ○ les chiffonnettes | <input type="checkbox"/> | | | |
| ○ les produits | <input type="checkbox"/> | | | |

II-3 GESTION DU LINGE

Critères **oui** **non** **score**

L'établissement prend en charge la blanchisserie :

1= Totalement

2= Partiellement

3= Pas du tout

| ___ |

Circuit du linge propre

Il existe des procédures de gestion du linge propre dans l'établissement y compris le linge du résident 1 – 0

si oui, elles sont :

- validées par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections
- diffusées et mises à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD 1 si 3 ☒
- évaluées au cours des 3 dernières années

Le linge propre est maintenu à l'abri d'une contamination :

- il est filmé 1 si 1
- il est entreposé dans un chariot ou armoire ou local dédié fermé des 2

Une hygiène des mains est demandée avant toute manipulation (inclus dans le protocole) 1 – 0

Circuit du linge sale

Il existe des procédures de gestion du linge sale dans l'établissement 1 – 0

Elles sont :

- validées par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections
- diffusées et mises à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD 1 si 3 ☒
- évaluées au cours des 3 dernières années

Elles portent sur l'existence d'un :

- tri à la production 1 - 0
- conditionnement (sacs étanches ...)
- lieu de stockage intermédiaire 1 - 0

Lors des manipulations du linge souillé de liquides biologiques (selles, urines, sang) il est demandé d'appliquer les précautions « standard » :

- le port des gants
- l'hygiène des mains 1 si 3 ☒
- la protection de la tenue

Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures 1 – 0

- un chariot ou armoire ou local dédié fermé au linge propre est en place
- des sacs permettant le tri du linge sale / souillé dès la production existent
- le matériel de protection du personnel est à disposition

II-4 GESTION DES DECHETS

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|---|--------------------------|--|-------------------------------------|
| Il existe des procédures institutionnelles de gestion des déchets dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Si Oui, elles sont : | | | |
| ▪ validées par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections | <input type="checkbox"/> | | 1 si 3 |
| ▪ diffusée et mise à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ▪ évaluées au cours des 3 dernières années | <input type="checkbox"/> | | |
| Il existe une personne responsable de la mise en place de la politique du tri des déchets | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Elle gère cette politique qui porte sur : | | | |
| ▪ le tri à la production OM, DASRI et OPCT | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ le conditionnement identifié OM, DASRI et OPCT | <input type="checkbox"/> | | 1 si 4 |
| ▪ le lieu de stockage conforme aux normes | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ▪ l'évacuation et le transport des DASRI | <input type="checkbox"/> | | |
| Vous pouvez indiquer : | | | |
| ▪ production DASRI (poids / mois) | | <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> | |
| ▪ délai de stockage (jours) | | <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> | 1 – 0 |
| Lors de manipulations de tous les déchets, il est demandé d'appliquer les précautions « standard » : | | | |
| ▪ le port des gants | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ l'hygiène des mains | <input type="checkbox"/> | | 1 si 3 |
| ▪ la protection de la tenue | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures et sont à disposition des équipes : | | | |
| ▪ les sacs à déchets OM | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ les sacs et/ou carton à déchets DASRI | <input type="checkbox"/> | | 1 si 4 |
| ▪ les collecteurs OPCT répondant à la norme NFX 30500 | <input type="checkbox"/> | | <input checked="" type="checkbox"/> |
| ▪ le matériel de protection individuel du personnel | <input type="checkbox"/> | | |



II-5 GESTION DE LA QUALITE DE L'EAU

II-5.1 Eau chaude sanitaire

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>NA</i> | <i>score</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Au moins un contrôle annuel visant le dénombrement des légionelles est réalisé dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| Le laboratoire sollicité est accrédité | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Il comporte au moins cinq points de prélèvement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| Si vous avez été confronté à une non-conformité, vérifiez que les points suivants ont été réalisés : | | | | |
| ▪ sécurisation des points d'usage par la mise en place de filtration terminale sur douche et/ou robinet (si impossible, arrêt de l'utilisation) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| ▪ sensibilisation des médecins au risque de survenue de cas pendant 10 jours après l'arrêt de l'exposition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| ▪ mesures correctives | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| ▪ vérification de la normalisation des analyses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Le carnet sanitaire portant sur l'eau est en place | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| Il contient les éléments suivants : | | | | |
| ▪ un audit portant sur le réseau par un organisme spécialisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ la cartographie actualisée du réseau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ le suivi des températures | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ la liste des travaux en cours | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ les opérations de maintenance sur le réseau | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ les traitements contre le tartre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| ▪ les traitements de désinfection de la robinetterie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| ▪ les résultats d'analyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ la circulaire n°493 du 28 octobre 2005 est à disposition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ l'arrêté du 1er février 2010 est à disposition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ traçabilité de la purge des points d'usage eau chaude et froide si inutilisé 1 fois par semaine au minimum | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ le relevé de consommation eau chaude et eau froide (relevé des compteurs) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ la fiche d'entretien ou de suivi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| Devant des dysfonctionnements et/ou en présence de résultats d'analyse non conformes | | | | |
| ▪ une procédure détaillant la conduite à tenir dans l'établissement est en place | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ une information vers le médecin coordonnateur est systématique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| Vous avez à disposition une conduite à tenir devant une légionellose pulmonaire : | | | | |
| ▪ pour la prise en charge du résident | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ pour les actions à mener concernant le réseau eau dans l'EHPAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |
| ▪ pour la déclaration obligatoire (DO) d'une légionellose d'un résident | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 – 0 |



II-5.2 Eau de consommation alimentaire

| Critères | oui | non | score |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Concernant l'eau du robinet | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ au moins un prélèvement annuel contrôlant la potabilité au niveau des points des offices alimentaires est réalisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Vous utilisez l'eau embouteillée | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ une vérification de la date limite de consommation est réalisée ▪ un lieu de stockage adapté est prévu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 1 – 0 |
| Vous utilisez l'eau des fontaines réfrigérantes | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ un prélèvement annuel contrôlant la potabilité des fontaines est réalisé ▪ un entretien régulier des fontaines est programmé selon les préconisations du fabricant ▪ il existe une maintenance du circuit interne | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 1 – 0 1 – 0 |
| Vous utilisez l'eau distribuée à partir de « bombonne » | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ un cahier des charges est en place avec la société distributrice de ce type d'eau ▪ une maintenance du système est assurée par cette société | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 si 2 ☒ |
| Devant des dysfonctionnements et/ou en présence de résultats d'analyse non conformes de la qualité de l'eau de consommation alimentaire | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ une procédure détaillant la conduite à tenir dans l'établissement est en place ▪ une information vers le médecin coordonnateur est systématique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 1 – 0 |



CHAPITRE III GESTION DU MATERIEL DE SOINS

| Critères | oui | non | score |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| La politique de l'établissement privilégie l'usage de dispositifs médicaux à usage unique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Il existe une procédure de traitement (nettoyage-désinfection) du matériel de soins réutilisable ne nécessitant pas de stérilisation, | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |

Indiquer les équipements techniques mis à disposition pour stériliser les DM :

.....

.....

Indiquer les DM stérilisés:

.....

.....

Remplir le tableau ci-dessous :

| Matériels | Protocole spécifique / commun | | Type de traitement | | | Score |
|---|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|----|--------------------------|----------|
| | Existe | Validé* | Détergent / Désinfectant | Ou | Vapeur | |
| <input type="checkbox"/> Extracteur à oxygène | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Générateur (appareil) aérosol | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Thermomètre température résident | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Brassard à tension | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Chariot lit / douche / fauteuil | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Lève malade (sangles ou hamac) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Chariot de soins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Chariot distribution médicaments | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Chariot linge propre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Chariot linge sale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Chaise de pesée, plateforme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | 1 si 3 ☒ |
| <input type="checkbox"/> Bassin et urinoir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | 1 si 3 ☒ |

* Validé par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections.



CHAPITRE IV GESTION DES SOINS

L'organisation priorise l'individualisation des soins

IV-1 ACTES INFIRMIERS ET DE NURSING

| Thème des protocoles | Protocole | | | Score |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|
| | Existe | Validé* | NA | |
| <input type="checkbox"/> aérosol thérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> alimentation entérale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> aspiration buccale ou bronchique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> hygiène des mains et port de gants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> injections (IM/SC/IV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| <input type="checkbox"/> oxygénothérapie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> plaies (escarres, ulcères...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> pose d'une perfusion sous cutanée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> pose d'une voie veineuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> précautions complémentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> précautions standard | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> prélèvement veineux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| <input type="checkbox"/> soins de nursing (toilette, soins bucco dentaires...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> sondage vésical | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 si 2 ☒ |
| <input type="checkbox"/> stomies | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

* Validé par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections



IV-2 ANTISEPTIQUES

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Il existe un protocole sur l'utilisation des antiseptiques dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Il est : | | | |
| ▪ validé par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections | <input type="checkbox"/> | | 1 si 2 ☒ |
| ▪ diffusé dans tous les secteurs de l'EHPAD | <input type="checkbox"/> | | |
| Le temps de contact des antiseptiques est précisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| L'inscription sur les flacons de la date d'ouverture est demandée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Un choix consensuel de 2 gammes d'antiseptiques a été effectué par le médecin coordonnateur et le pharmacien référent | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| L'utilisation des antiseptiques fait l'objet d'une prescription médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| L'utilisation des antiseptiques alcooliques est valorisée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Le principe d'une antiseptie en 4 temps (nettoyage - rinçage - séchage – antiseptie avec séchage spontané) est préconisé (exemple pose d'un cathéter veineux périphérique ou voie veineuse sous cutanée) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |



IV-3 PRECAUTIONS « STANDARD »

Elles concernent :

- l'hygiène des mains
- le port des gants
- le port de sur blouse, lunettes, masque
- les matériels et surfaces souillés
- le transport de prélèvements biologiques, linge et matériel souillés
- les AES



Deux points de ces précautions standard (lavage et/ou désinfection des mains et gants) sont envisagés ci-après :

| | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| Les précautions standard ont fait l'objet d'une information et ou formation et d'une diffusion large auprès de tout le personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|

IV-3-1 Hygiène des mains

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------|
| La politique de l'hygiène des mains valorise l'utilisation des produits hydro-alcooliques | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Des produits hydro-alcooliques sont mis à disposition du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Une information et/ou formation préalable sur les conditions d'utilisation des produits hydro-alcooliques a été effectuée auprès des personnels utilisateurs | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Les postes de lavage des mains implantés dans l'établissement comportent : | | | |
| ▪ distributeur d'essuie mains | <input type="checkbox"/> | | 1 si 3 |
| ▪ distributeur de savon doux liquide | <input type="checkbox"/> | | ☒ |
| ▪ poubelle (commande non manuelle) | <input type="checkbox"/> | | |

IV-3-2 Gants

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Les gants à usage unique non stériles sont mis à disposition des équipes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| L'établissement a promu l'utilisation des gants non poudrés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Le principe d'utilisation UN GESTE = UNE PAIRE DE GANTS est respecté | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |



IV-4 LES PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES

Elles renforcent les précautions « standard » et concernent :

- le port de gants à usage unique (gale et *Clostridium difficile*) et le port de sur blouse (précaution Contact)
- le port d'un appareil de protection respiratoire (précaution Air)
- le port d'un masque chirurgical à usage unique (précaution Gouttelettes)

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------|
| Les précautions complémentaires font l'objet d'une information dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Concernant les procédures des précautions complémentaires il existe celles : | | | |
| ▪ de type contact | <input type="checkbox"/> | | 1 si 3 |
| ▪ de type gouttelettes | <input type="checkbox"/> | | ☒ |
| ▪ de type air | <input type="checkbox"/> | | |
| Il existe une signalisation lors de la mise en œuvre des précautions complémentaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |

IV-5 HYGIENE DES RESIDENTS

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------|
| La toilette et les soins de nursing sont organisés et planifiés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| La surveillance de l'état bucco dentaire est organisée dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Le lavage des mains et/ou PHA est appliqué aux résidents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |



CHAPITRE V LES VACCINATIONS CONTRE LES AFFECTIONS RESPIRATOIRES

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------|
| L'établissement organise la vaccination antigrippale des résidents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| L'établissement encourage la vaccination antigrippale de tout le personnel de l'EHPAD | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| L'établissement prend en charge la vaccination antigrippale de tout le personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| L'établissement procède à la vaccination anti-pneumococcique des résidents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| L'établissement veille au rappel de toutes vaccinations réglementaires des personnels | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |

| <i>Critères</i> | <i>oui</i> | <i>non</i> | <i>score</i> |
|--|------------|------------|--------------|
| Indicateurs de suivi : | | | |
| Pouvez-vous donner pour le dernier hiver : | | | |
| ▪ le pourcentage de résidents vaccinés contre la grippe | _____ | % | 1 à 3* |
| ▪ le pourcentage de soignants vaccinés contre la grippe | _____ | % | 1 à 2* |
| ▪ le pourcentage de résidents vaccinés contre les pneumocoques | _____ | % | 1 à 3* |
| ▪ le pourcentage de personnels vaccinés contre la coqueluche | _____ | % | 1 à 3* |

* Calculé en fonction du pourcentage déclaré

| <u>Vaccination (bornes)</u> | | |
|--|-------|---|
| ≤ 50 % | 1 pt | } |
| > 50 % et ≤ 80 % | 2 pts | |
| > 80 % | 3 pts | |
| % résidents vaccinés contre la grippe | | |
| % résidents vaccinés contre les pneumocoques | | |
| ≤ 50 % | 1 pt | } |
| > 50 % | 2 pts | |
| % soignants vaccinés contre la grippe | | |



CHAPITRE VI GESTION DES RISQUES EPIDEMIQUES

VI-1 GALE

| Critères | oui | non | score |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Il existe un protocole dans l'établissement pour faire face à un cas de gale. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Il est : | | | |
| ▪ écrit | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ validé | <input type="checkbox"/> | | 1 si 3 ☒ |
| ▪ diffusé | <input type="checkbox"/> | | |
| Des produits (Ivermectine) pour le traitement des personnes atteintes peuvent être mis à disposition du personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| La mise en place et la levée des mesures précautions complémentaires de type contact font l'objet d'une prescription médicale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Le résident reste dans sa chambre jusqu'à la réalisation d'un traitement curatif | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Des produits anti-acariens pour le traitement du linge et autres matériels non lavables à 60°C peuvent être mis à disposition | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Une procédure et une traçabilité de l'information au résident et à sa famille sont opérationnelles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| La gale est notifiée dans le dossier du résident | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |

VI-2 TUBERCULOSE PULMONAIRE

| Critères | oui | non | score |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Il existe un protocole dans l'établissement pour faire face à un cas de suspicion de tuberculose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| La conduite à tenir devant un cas de tuberculose est : | | | |
| ▪ écrite | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ validée (médecin coordonnateur) | <input type="checkbox"/> | | 1 si 3 ☒ |
| ▪ diffusée | <input type="checkbox"/> | | |
| La déclaration obligatoire est faite auprès de la CVGAS de l'ARS | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Le centre de ressource est identifié (CLAT) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Le médecin du travail est systématiquement informé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Un avis spécialisé est demandé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Le malade est hospitalisé systématiquement dans un service de médecine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Des mesures de dépistage des résidents et du personnel sont prévues | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| Les précautions complémentaires type air sont prévues en attendant le transfert | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ▪ des masques chirurgicaux sont prévus pour le résident atteint | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |
| ▪ des masques respiratoires (FFP1-FFP2) sont disponibles pour le personnel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1-0 |

VI-3 GASTRO-ENTERITE

| Critères | oui | non | score |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Il existe une conduite à tenir dans l'établissement pour faire face à une épidémie à partir de trois cas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Une procédure de prise en charge est : | | | |
| ▪ écrite | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ validée par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections | <input type="checkbox"/> | | 1 si 3 ☒ |
| ▪ diffusée | <input type="checkbox"/> | | |
| Les précautions complémentaires (contact) sont mises en place | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| En cas de résident suspect de diarrhée à <i>Clostridium difficile</i> : | | | |
| ▪ le maintien dans sa chambre est priorisé | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| ▪ un traitement des locaux comportant une désinfection à l'Eau de Javel® diluée* est prévu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Dans le cadre de la gestion des risques épidémiques, une information est prévue vers : | | | |
| ▪ les résidents | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ▪ le Conseil de la vie sociale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ▪ les salariés | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| ▪ les familles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

* Dilution : 0,5 % de chlore actif

VI-4 INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE BASSE

| Critères | oui | non | score |
|---|--------------------------|--------------------------|-------------|
| Il existe une conduite à tenir dans l'établissement pour la prise en charge des résidents atteints d'infection respiratoire aigüe (IRA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Cette conduite à tenir est : | | | |
| ▪ écrite | <input type="checkbox"/> | | |
| ▪ validée (médecin coordonnateur) | <input type="checkbox"/> | | 1 si 3 ☒ |
| ▪ diffusée | <input type="checkbox"/> | | |
| Les précautions complémentaires de type gouttelettes sont mises en place dans les situations d'IRA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Le port du masque chirurgical est indiqué pour le personnel effectuant des soins auprès des résidents atteints d'IRA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| Il est demandé au résident atteint d'IRA de porter un masque chirurgical chaque fois qu'il quitte sa chambre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |
| La participation à des activités de groupe est temporairement suspendue pour le résident atteint d'IRA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1 – 0 |



CHAPITRE VII PREVENTION DES ACCIDENTS AVEC EXPOSITION AU SANG

| Critères | oui | non | NA | score |
|--|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------|
| Tout le personnel est à jour de la vaccination pour le VHB ou est protégé par auto immunisation (sous la responsabilité : Directeur, médecin du travail) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| Une formation auprès de tout le personnel y compris les intervenants extérieurs pour prévenir les risques d'AES a été organisée dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| Il existe des procédures institutionnelles détaillant la conduite à tenir (CAT) en cas d'AES mise en œuvre dans l'établissement | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| Elles sont : | | | | |
| ▪ validées par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections | <input type="checkbox"/> | | | 1 si 2 ☒ |
| ▪ diffusées et mises à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD | <input type="checkbox"/> | | | |
| La CAT est affichée dans tous les lieux communs du personnel et des intervenants | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| En cas d'AES, il est prévu de faire un test rapide VIH pour investiguer le patient source (lorsque celui-ci est connu et avec son accord ou avec l'accord de la personne de confiance ou du référent familial) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| Il existe un suivi épidémiologique des AES dans l'établissement réalisé par le médecin du travail | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| Donner la tendance évolutive du nombre d'AES de l'EHPAD au cours des 3 dernières années (médecin du travail) | | | | |
| 1= en augmentation 2= en diminution 3= stable 4= ne sait pas | | | | |
| Si votre EHPAD est doté d'un CHSCT, le bilan annuel des accidents avec exposition au sang est présenté lors d'une réunion | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| Le personnel dispose des équipements et du matériel de protection suivants : | | | | |
| ▪ des gants à usage unique non stériles | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| ▪ des masques chirurgicaux | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| ▪ des lunettes de protection | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| Le personnel dispose des équipements ou du matériel de sécurité suivants : | | | | |
| ▪ des collecteurs OPCT munis de système de fixation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | 1-0 |
| ▪ du matériel sécurisé pour prélèvements sanguins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (*) | 1-0 |
| ▪ du matériel sécurisé pour prélèvements capillaires | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (**) | 1-0 |
| ▪ du matériel sécurisé pour injections | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (**) | 1-0 |
| ▪ du matériel sécurisé pour perfusions veineuses | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (**) | 1-0 |
| ▪ du matériel sécurisé pour perfusions sous cutanées | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (**) | 1-0 |
| ▪ du matériel sécurisé pour l'insulinothérapie par auto-piqueur | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> (**) | 1-0 |

(*) Si les prélèvements sont extériorisés

(**) Activité de l'EHPAD non concerné par ce type de matériel



Pour en savoir plus...

L'outil ANGELIQUE sur le site du ministère

(<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/espaces/personnes-agees/grands-dossiers/ehpad/ameliorer-qualite-ehpad-outil-angelique.html>)

Avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé relatif à l'efficacité de désinfectants pour les mains à peau saine (produits hydro-alcooliques ; PHA) vis-à-vis du Norovirus humain - 10 juin 2010

Arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d'eau chaude sanitaire

Circulaire n°489 du 22 novembre 2006 relative à la conduite à tenir devant les infections respiratoires aiguës basses chez les personnes âgées

Circulaire n°DGAS/SD2C/DHOS/E2/DGS/5C/5D/2006/404 du 15 septembre 2006 relative aux recommandations de maîtrise des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements hébergeant des personnes âgées et dans les unités de soins de longue durée

Circulaire N°DGS/SD7A/DHOS/E4/DGAS/SD2/2005/493 du 28 octobre 2005 relative à la prévention du risque lié aux légionelles dans les établissements sociaux et médico-sociaux d'hébergement pour personnes âgées

Circulaire DGAS/SD2 2005-425 du 16 septembre 2005 relative à la vaccination contre la grippe dans les établissements médico-sociaux

Circulaire DHOS/E4/DGAS-2 C n° 2004-207 du 5 mai 2004 relative au rafraîchissement de l'air des locaux des établissements de santé et des établissements médico-sociaux

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.

Recommandations

Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées, 77 pages. HCSP 2010

Gestion du risque infectieux en EHPAD, MAS et FAM – Resclin - Juillet 2009 (ARLIN Champagne-Ardenne du CCLIN Est)

Gestion du risque lié aux légionelles. Guide méthodologique destiné aux EHPAD. DRASS de la Drôme, CHU de Valence, Juin 2009

Recommandations pour la prévention des infections dans les Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). SFHH, ORIG, 92 pages - Juin 2009

NosoThème n°5 - Infections chez les personnes âgées - Juin 2008

Kit BMR pour les établissements accueillant des personnes âgées (2008)- CCLIN Sud-Est

Document CCREVI « Commission de coordination des vigilances » **Pratiques d'hygiène en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées (EHPA)** avec trois documents sur le site des Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales de Midi-Pyrénées - Janvier 2008



Eaux des établissements pour personnes âgées - **Maîtrise des risques sanitaires** - Groupe Eau Santé 2008

Les bonnes pratiques de soins en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, version 2007, sur le site du Ministère en charge des personnes âgées

Mesures pour la prévention et la maîtrise de la diffusion de la gale dans les établissements de santé et sanitaires et sociaux sur le site du CCLIN Paris-Nord : **fiche technique** et **plaquette patient**, 2007

Mesures de prévention et de maîtrise de la diffusion des infections à Clostridium difficile dans les établissements de santé sur le site du CCLIN Paris-Nord : **fiche technique** Clostridium et la **plaquette patient**, 2006

Document CCLIN Sud-Ouest « **Recommandations concernant la gestion de la gale** » dans les établissements de soins et médico-social, 2004

Guide pour le nettoyage des locaux. Groupe Permanent d'Etude des Marchés de produits divers de l'industrie chimique et parachimique (GPEM/CP) Edition 1999. Collection Marchés Publics

Comité Technique national des Infections Nosocomiales. Désinfection des dispositifs médicaux - **Guide de bonnes pratiques** - CTIN 1998

Fiche memo express pour les EHPAD - CCLIN Sud-Est



GREP H H

GRUPE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES EN HYGIÈNE HOSPITALIÈRE

MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD



GUIDE D'UTILISATION DE L'OUTIL INFORMATIQUE

JANVIER 2011



SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| Installation de l'application | 3 |
| Ouverture du fichier | 3 |
| Avec Microsoft Excel | 3 |
| Avec Open Office | 7 |
| Saisie des données | 12 |
| Edition des résultats | 14 |
| Le rapport | 14 |
| Le poster | 16 |
| Sauvegarde des données | 17 |
| Assistance en cas de difficultés | 18 |



Installation de l'application

L'application Eval_EHPAD_GREPHH.xls vous permet de saisir les fiches du manuel d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD et d'obtenir ensuite de façon automatique l'analyse de vos résultats.

Cette application fonctionne avec le tableur Excel® et avec le tableur Open Office CALC.

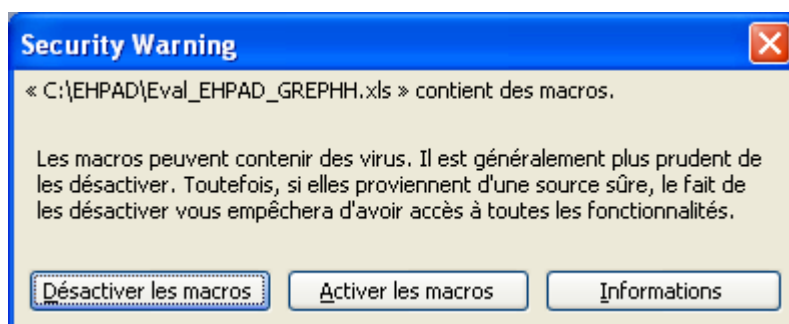
Enregistrer le fichier sur votre ordinateur.

Ce fichier peut être installé dans n'importe quel répertoire de votre disque dur ou d'un serveur de réseau.

Ouverture du fichier

Vous utilisez Microsoft Excel (avant 2007)

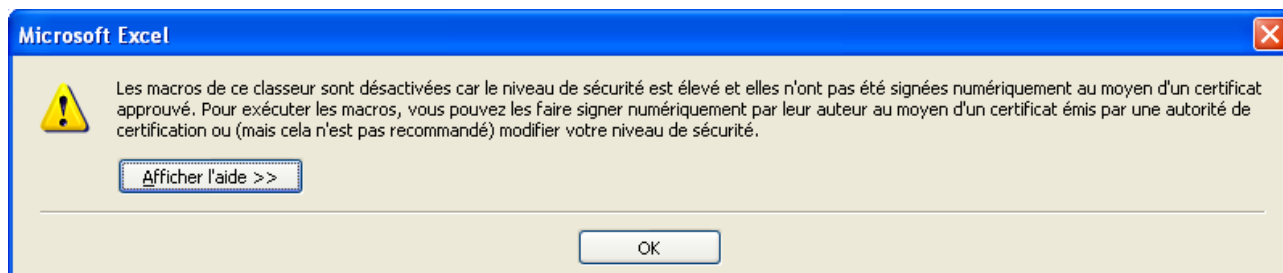
A l'ouverture du fichier, vous avez le message suivant :



Cliquer sur « Activer les macros »
Vous pouvez commencer la saisie des données.

NB: Une macro se définit comme une succession de tâches programmées pour s'exécuter automatiquement.

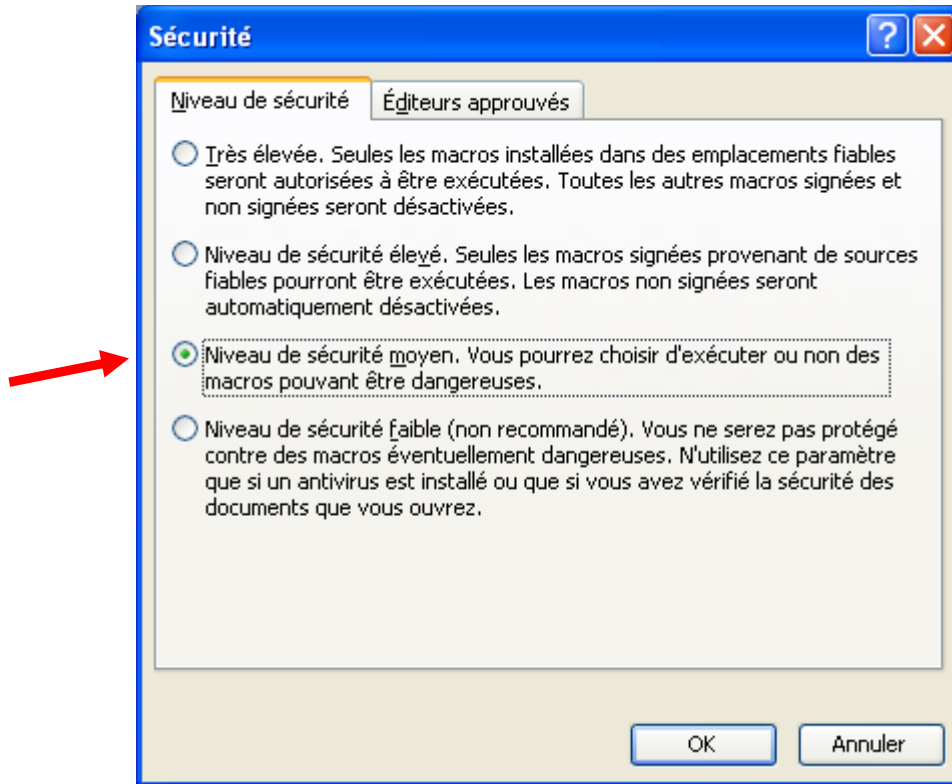
Si vous obtenez le message suivant :



L'application ne fonctionnera pas normalement, vous pourrez saisir vos données mais vous ne pourrez pas éditer vos résultats.

Vous devez faire la procédure ci-dessous:

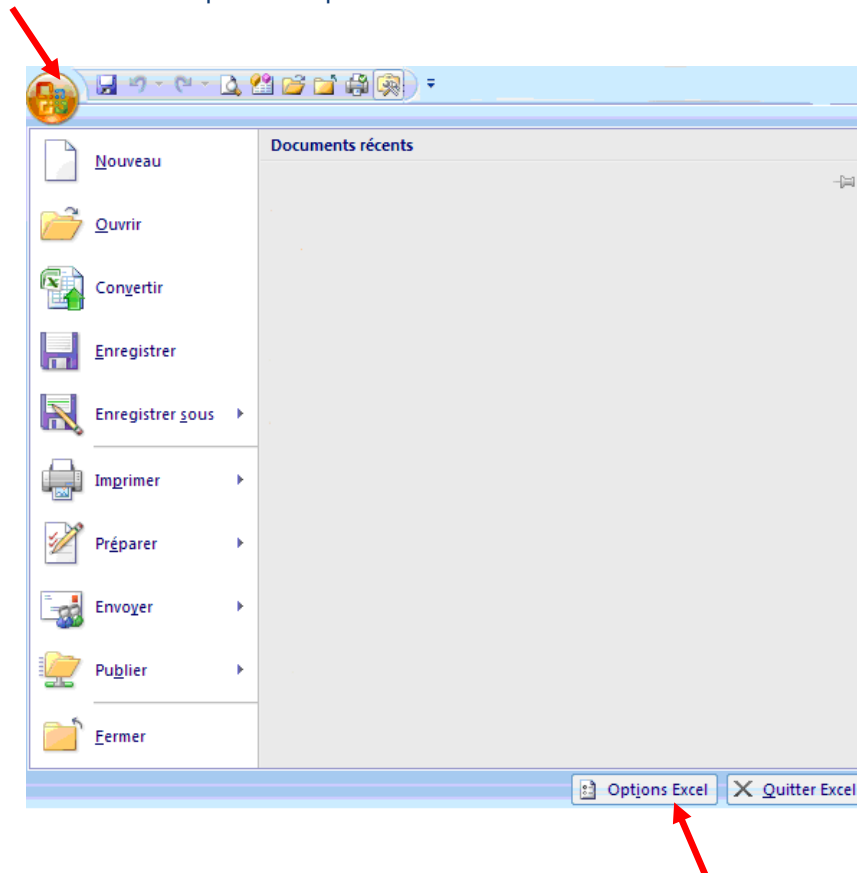
- Fermez (sans enregistrer) le fichier « Eval_EHPAD_GREPHH.xls » **sans fermer Excel** (menu **Fichier** puis **Fermer**).
- Allez dans le menu « Outils » puis « Macro » puis « Sécurité ». Le message suivant apparaît :



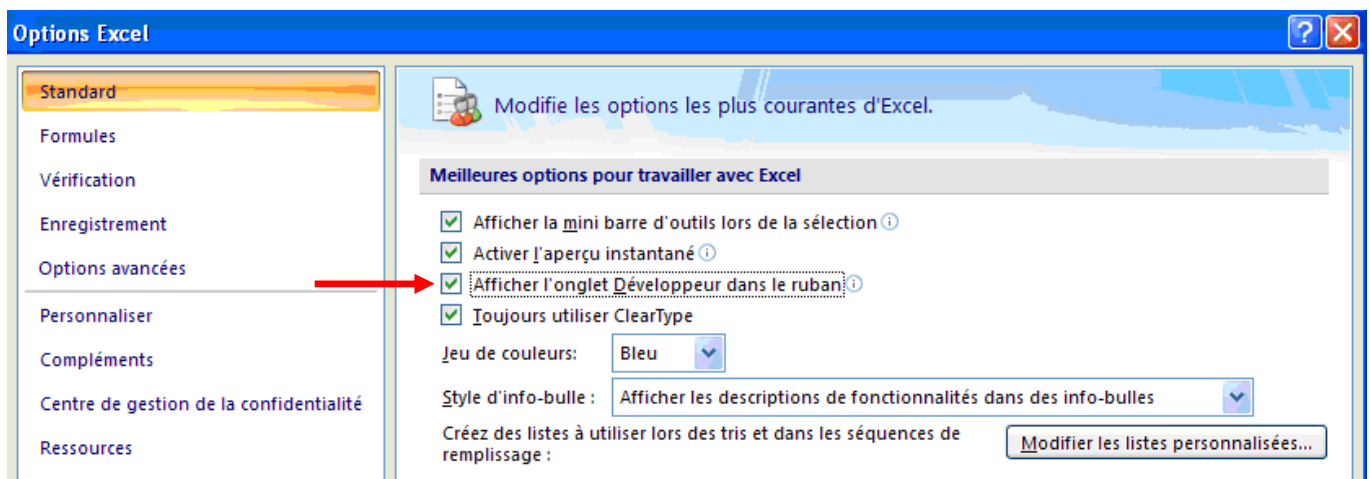
- Cochez la case correspondant au **niveau de sécurité moyen** puis cliquez sur OK.
- Ré ouvrez le fichier « Eval_EHPAD_GREPHH.xls » en allant dans le menu **Fichier** puis **Ouvrir**.

Cas particulier Excel 2007

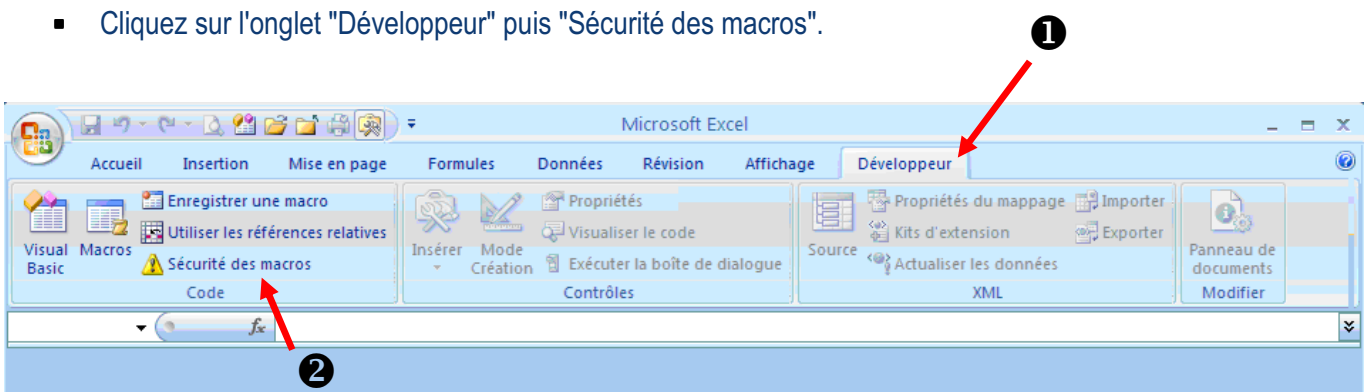
- Cliquez sur le bouton office puis sur Options Excel.



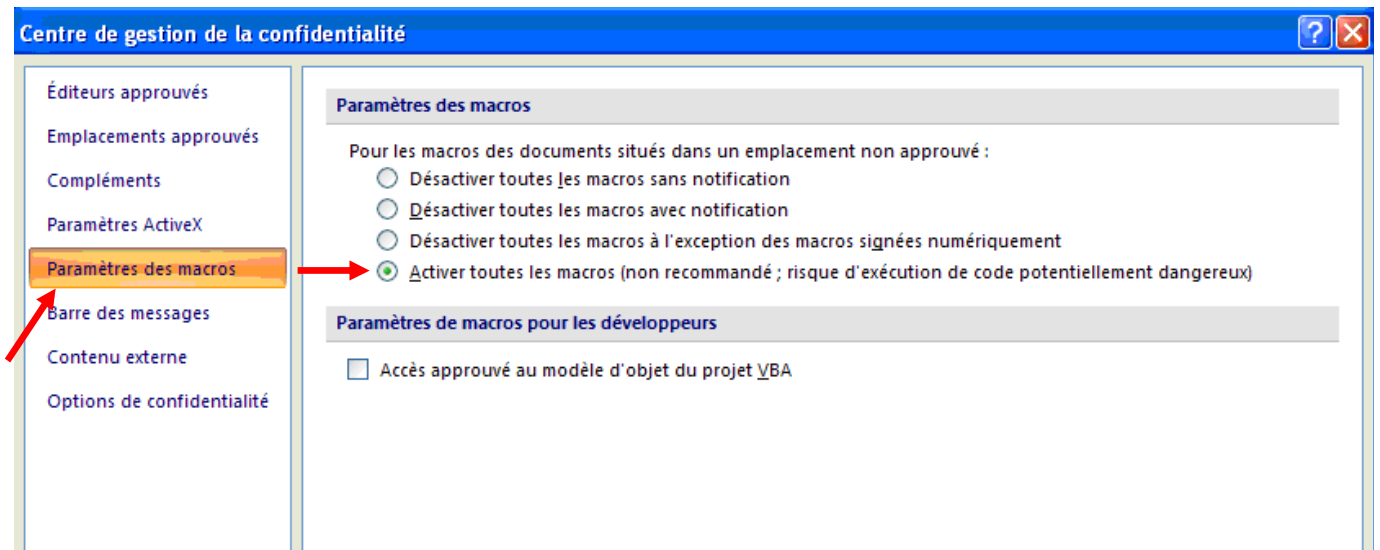
- Cochez "Afficher l'onglet Développeur dans le ruban". Cliquez sur OK.



- Cliquez sur l'onglet "Développeur" puis "Sécurité des macros".

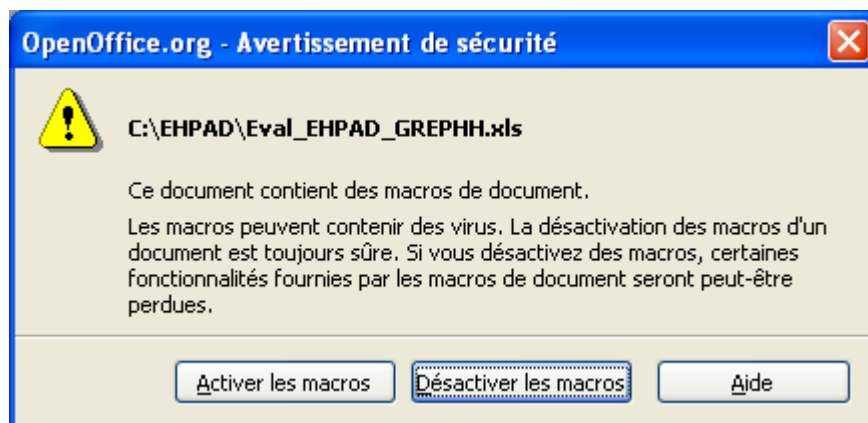


- Sélectionnez "Paramètres des macros" et cochez "Activer toutes les macros". Puis cliquez sur OK.



Vous utilisez Open Office

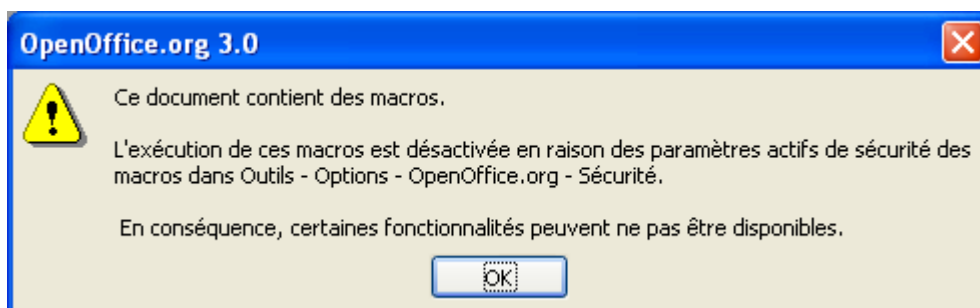
À l'ouverture du fichier, vous avez le message suivant :



Cliquer sur « Activer les macros »
Vous pouvez commencer la saisie des données.

NB: Une macro se définit comme une succession de tâches programmées pour s'exécuter automatiquement.

Si vous obtenez le message suivant :

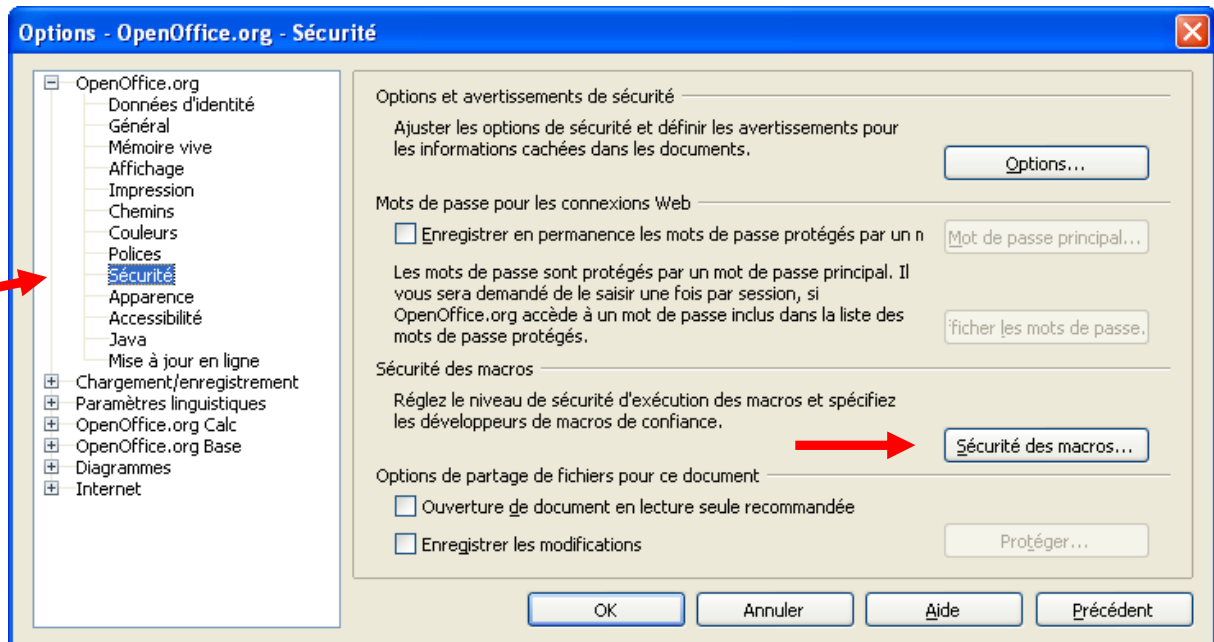


L'application ne fonctionnera pas normalement, vous pourrez saisir vos données mais vous ne pourrez pas éditer vos résultats.

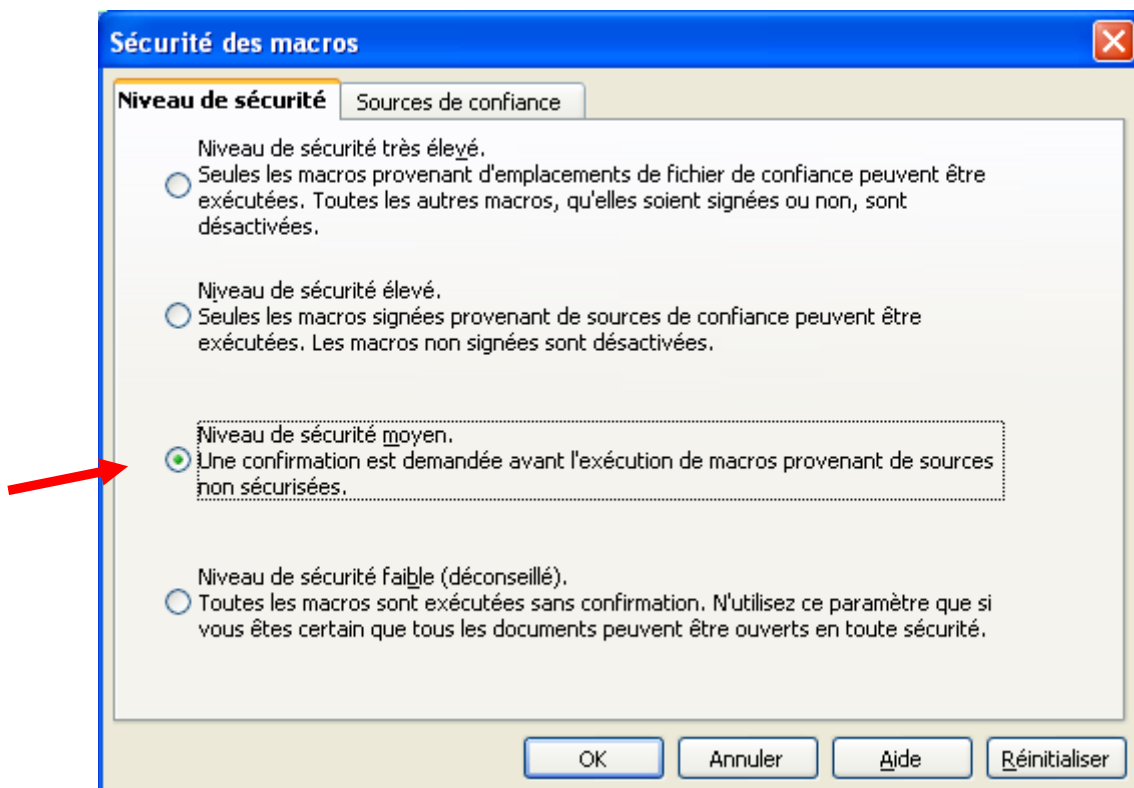
Vous devez faire la procédure ci-dessous:

- Fermez (sans enregistrer) le fichier « Eval_EHPAD_GREPHH.xls » **sans fermer Open Office** (menu **Fichier** puis **Fermer**).

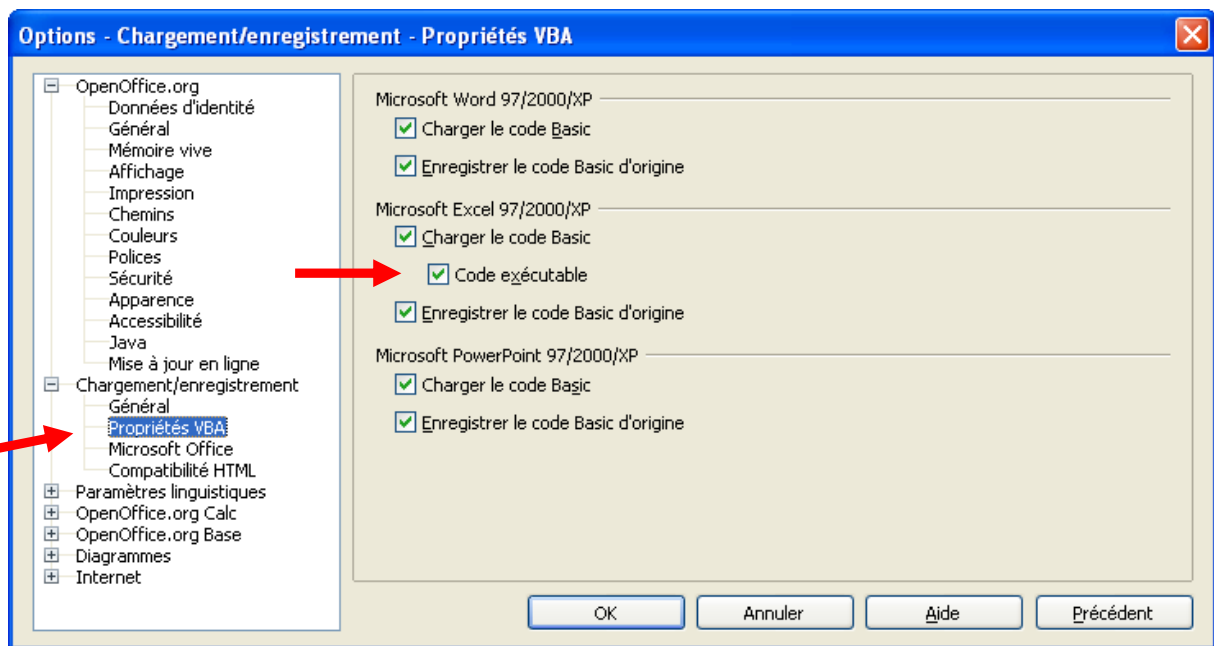
- Allez dans le menu « Outils » puis « Options » puis « Sécurité ». La fenêtre suivante apparaît :



- Choisissez « Sécurité » dans la partie gauche de la fenêtre puis cliquez sur le bouton « Sécurité des macros ». Vous obtenez le message suivant :



- Cochez la case correspondant au **niveau de sécurité moyen** puis cliquez sur OK.
- Vous revenez à la fenêtre précédente, sélectionnez "Propriétés VBA" puis cochez "Code exécutable" et cliquez sur OK.



- Ré ouvrez le fichier « Eval_EHPAD_GREPHH.xls » en allant dans le menu **Fichier** puis **Ouvrir**.

Une fois les macros activées, vous arrivez sur la feuille "Avertissements".

Onglet "Avertissements"

Cette feuille vous précise que **vous devez saisir vos données dans toutes les cellules vert pâle**. Si ces dernières ne sont pas remplies, les non réponses seront considérées comme non conformes dans le calcul des scores.

De plus, certains items sont conditionnés par la réponse donnée à l'item précédent. Si vous répondez « Non », les items suivants restent en gris et il n'y a pas de cellules vert pâle pour saisir vos données. **Vous n'avez pas à répondre à ces questions grisées (cf. exemple du chapitre III page 13).**

Pour commencer, allez sur la feuille Menu soit en cliquant sur le lien hypertexte en bleu, soit en cliquant sur l'onglet « Menu ».

Microsoft Excel - Eval_EHPAD_GREPH.xls

Tableau croisé dynamique

M70

GREPH

MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD
Manuel d'auto-évaluation

A LIRE AVANT DE COMMENCER LA SAISIE DES DONNEES

Cet outil vous permet de saisir les fiches du manuel d'auto-évaluation de la maîtrise du risque infectieux en EHPAD.

Il vous permet d'établir un rapport global et un poster contenant les scores que vous avez obtenus lors des différents chapitres étudiés.

ATTENTION: Les données ne peuvent être saisies que dans des cellules vert pâle

La saisie est obligatoire pour tous les critères qui vous sont proposés

Pour certains items, lorsqu'une réponse négative est donnée, les questions suivantes apparaissent en gris: vous n'avez pas à y répondre.

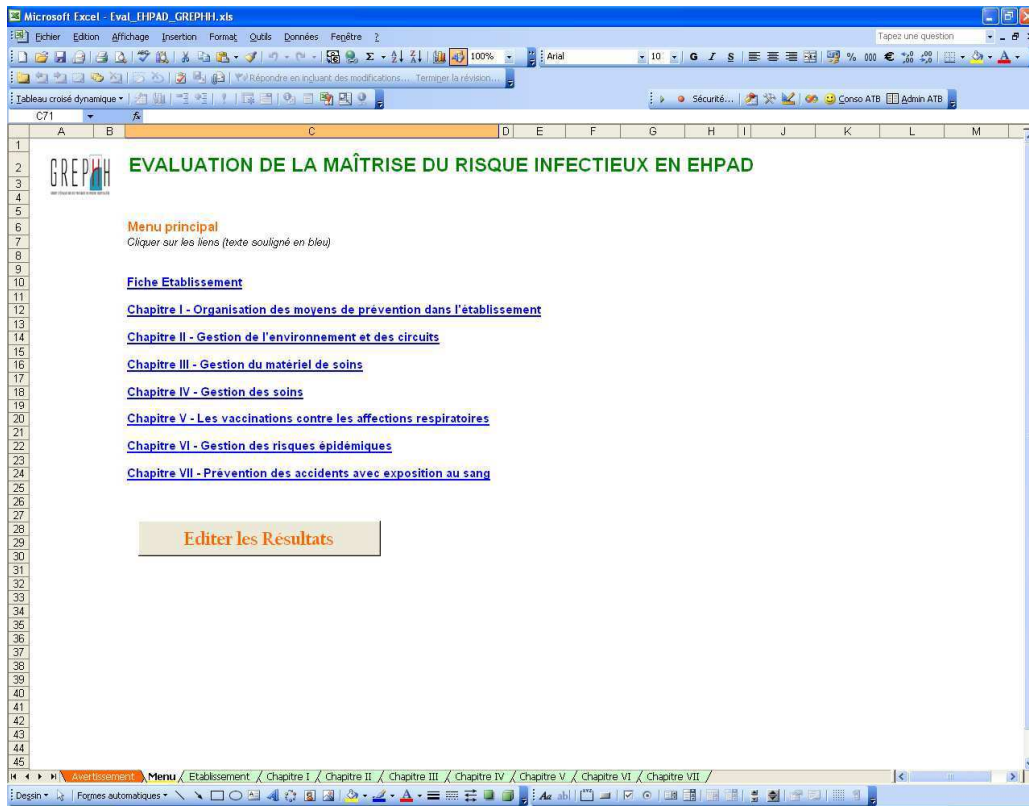
Pour commencer, cliquer sur l'onglet "Menu" situé en bas de l'écran ou sur le lien suivant:

[MENU](#)

En cas de problèmes, contactez votre CCLIN.
(voir références dans le guide d'utilisation de l'outil informatique)

Avertissements / Menu / Etablissement / Chapitre I / Chapitre II / Chapitre III / Chapitre IV / Chapitre V / Chapitre VI / Chapitre VII

Onglet "Menu"



Les liens hypertexte en bleu vous permettent d'accéder directement à la fiche Etablissement ou au chapitre choisi pour saisir vos données.
 Vous pouvez également cliquer sur les onglets correspondants en bas de l'écran.



Saisie des données

Rappel : toutes les cellules vert pâle sont à remplir.

Pour vous déplacer entre les cellules, utilisez la touche TABULATION ou la souris.

Fiche Etablissement :

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following fields and instructions:

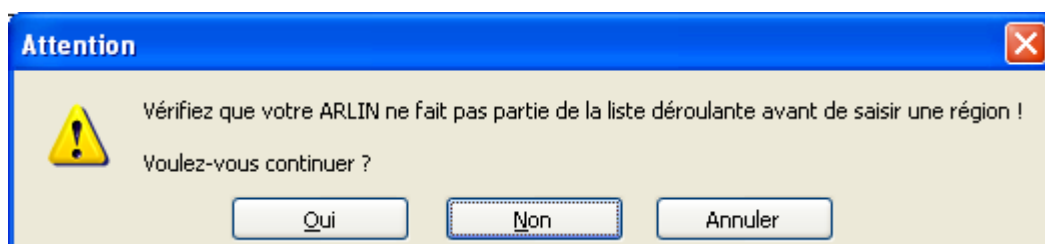
- Nom Etablissement**: Input field (green)
- Code Finess Etablissement***: Input field (blue)
- Code attribué par votre CCLIN***: Input field (blue)
- Code Postal**: Input field (green)
- Ville**: Input field (green)
- ARLIN**: Input field (green)
- Antenne Regionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales*
- Code CCLIN**: Input field (green) with instructions: 1=Est, 2=Ouest, 3=Paris-Nord, 4=Sud-Est, 5=Sud-Ouest
- Statut**: Input field (green) with instructions: 1=Public, 2=Privé
- Nature**: Input field (green) with instructions: 1=Votre établissement est un EHPAD, 2=Votre établissement de santé assure une activité EHPAD
- Nombre total de lits EHPAD**: Input field (green)
- Date de l'évaluation**: Input field (green) with instruction: format: jj/mm/aaaa
- Personne(s) ayant réalisé l'évaluation**: Large input field (green)

Footnote: *A remplir lors d'enquêtes organisées par le CCLIN / l'ARLIN (champs facultatifs)

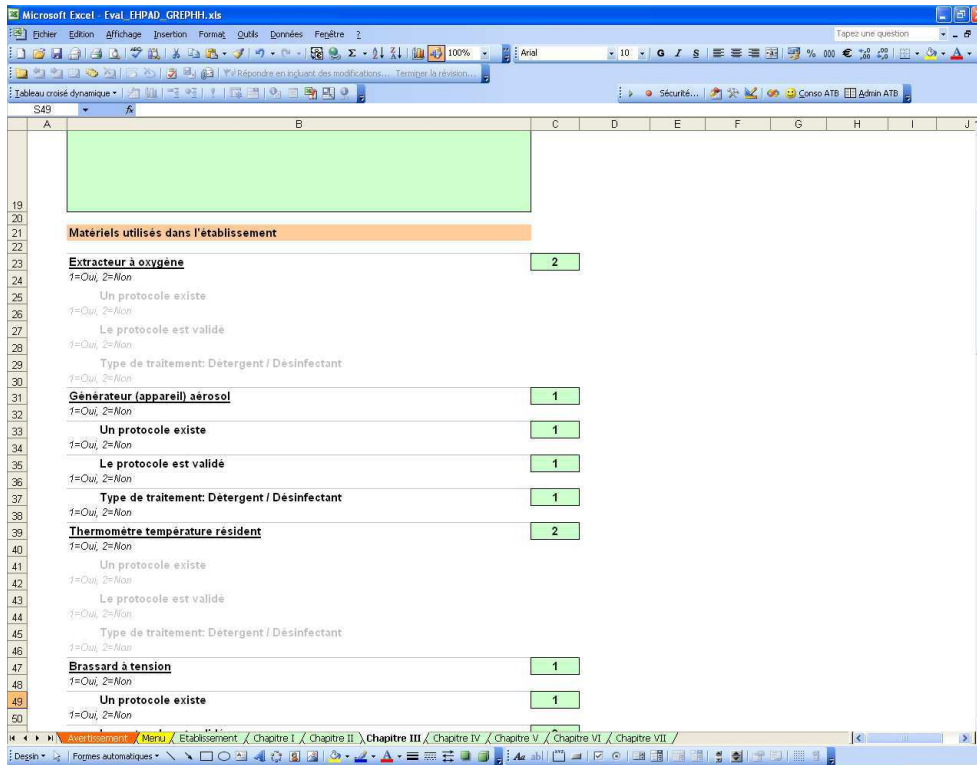
Buttons: MENU, CHAPITRE I

Vous trouverez des cellules bleues qui vous indiquent que la saisie est facultative pour ces items (code Finess Etablissement et code attribué par votre CCLIN).

Un menu déroulant vous permet de choisir, dans une liste prédéfinie, l'ARLIN dont vous dépendez. Cependant, si malencontreusement une ARLIN ne figurerait pas dans cette liste, vous auriez la possibilité de saisir son nom dans la cellule. Le message suivant vous demandera de confirmer votre saisie.



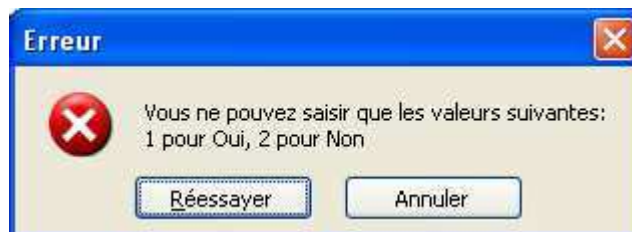
Exemple de chapitre : le chapitre III "Gestion du matériel de soins" :



Rappel : toutes les cellules vert pâle sont à remplir.

Les items en gris, conditionnés par la réponse à l'item précédent, ne demandent aucune réponse : vous n'avez rien à saisir.

Pour chaque item, les réponses possibles vous sont rappelées avec le codage correspondant. Si par mégarde, vous saisissez une valeur non autorisée, vous obtenez le message suivant :

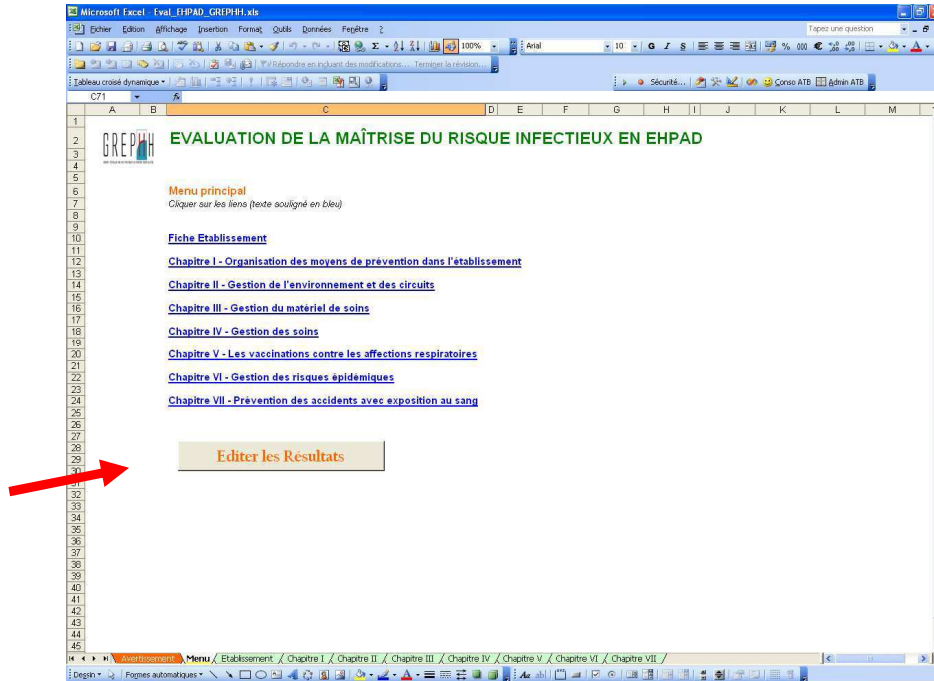


Dans ce cas, cliquez sur "Réessayer" et saisissez la valeur adaptée parmi la liste des valeurs autorisées.

A la fin de chaque chapitre, vous trouverez un lien hypertexte pour passer au chapitre suivant et un lien hypertexte pour retourner au menu.

Edition des résultats

Sur l'onglet "Menu", cliquez sur le bouton "Editer les Résultats" pour obtenir le rapport et le poster.



Le rapport :

The screenshot shows the 'Rapport' tab of the Excel workbook. It displays the title 'MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD Manuel d'auto-évaluation' and the word 'RESULTATS'. The report includes the establishment name 'EHPAD' and the evaluation date '15/01/2011'. A table shows the scores for each chapter, and a summary indicates a total score of 102 points out of 199, or 51.3% of objectives achieved. A green box on the right contains instructions for printing the report.

| Chapitres | Nombre de points obtenus | Nombre de points attendus | % d'objectifs atteints |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|
| I - Organisation | 0 | 24 | 0,0 |
| II - Environnement et circuits | 39 | 71 | 54,9 |
| III - Gestion du matériel | 2 | 10 | 20,0 |
| IV - Gestion des soins | 16 | 33 | 48,5 |
| V - Vaccinations | 0 | 16 | 0,0 |
| VI - Risques épidémiques | 28 | 28 | 100,0 |
| VII - Prévention des AES | 17 | 17 | 100,0 |

Vous obtenez un total de 102 points sur 199 soit:
51,3%
d'objectifs atteints

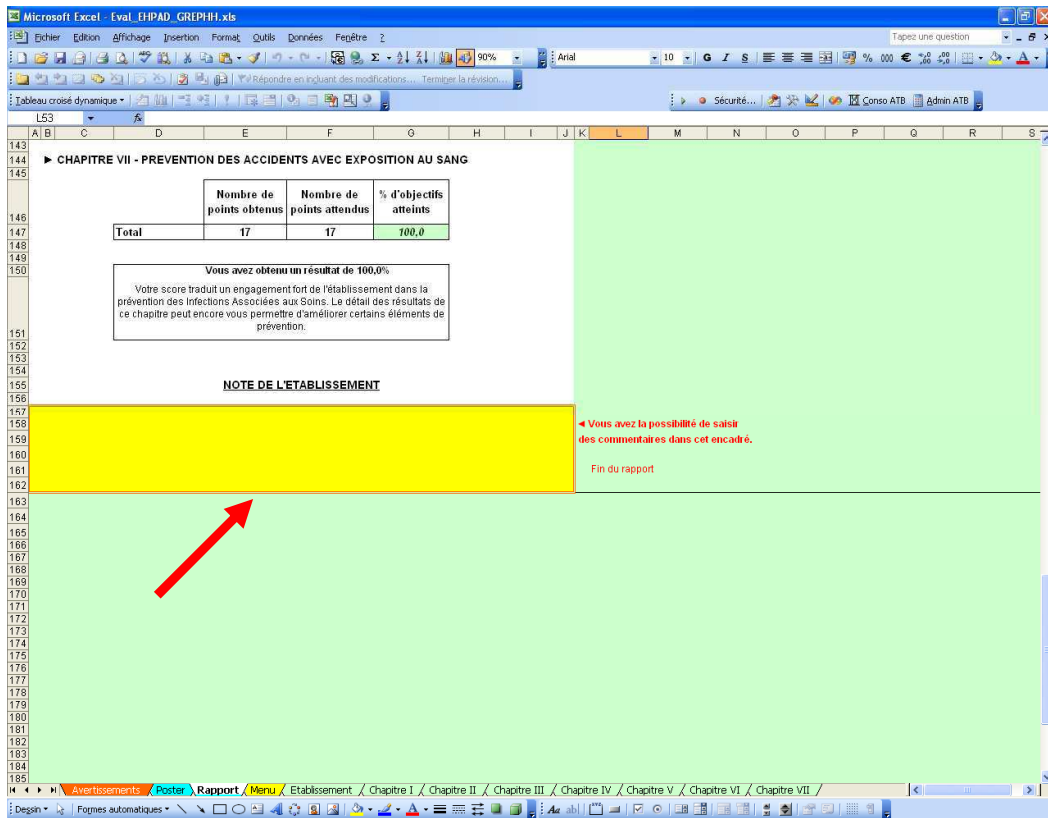
Pour imprimer le rapport:
Menu "Fichier" puis "Imprimer"

Le rapport fait 4 pages au total et présente les scores par chapitre.

Vous noterez que les scores < 25 % apparaissent sur fond rouge, ceux ≥ 75 % apparaissent en italique sur fond vert.

Pour chaque chapitre, un commentaire est fait en fonction du score réalisé.

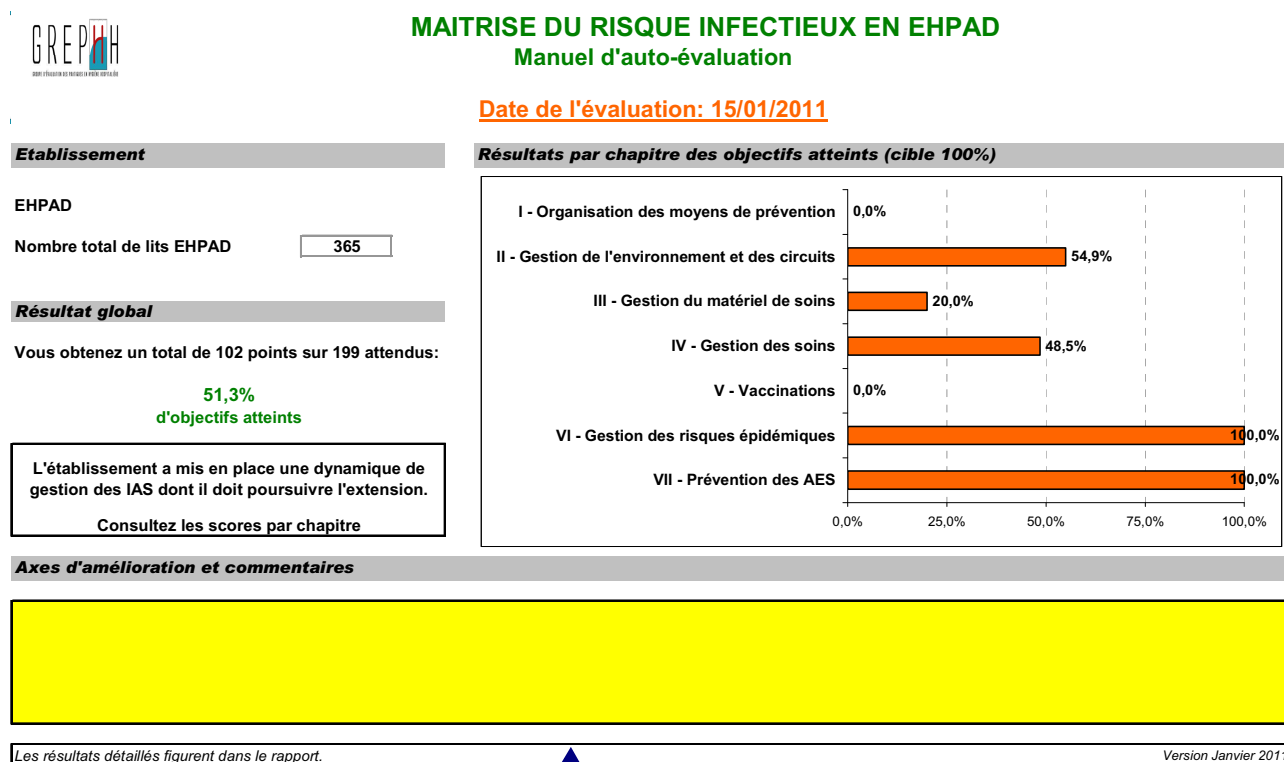
Vous avez, néanmoins, la possibilité de rajouter votre propre commentaire à la fin du rapport dans la cellule jaune:



Le rapport est protégé (pas de modifications directes possibles) à l'exception de la cellule jaune qui reçoit vos commentaires.

Le poster :

Le poster reprend les principaux résultats du rapport.



Le poster est protégé à l'exception de la case jaune qui reçoit vos commentaires et axes d'amélioration.



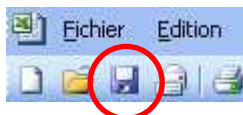
Si vous ne saisissez pas vos commentaires et axes d'amélioration dans cette case, vous ne pourrez pas imprimer le poster.



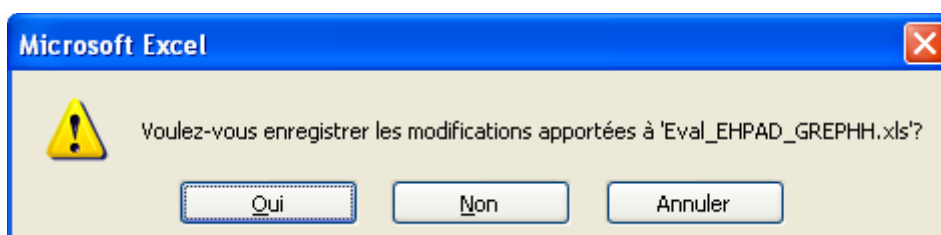
Sauvegarde des données

Il est très fortement recommandé de sauvegarder régulièrement les données saisies:

- en cliquant sur l'image "Disquette"



- en allant dans le menu Fichier, puis en cliquant sur Enregistrer
- en tapant simultanément sur les touches Ctrl et S de votre clavier
- enfin, lorsque vous quitter l'application, si vous avez effectué des modifications, une fenêtre apparaît et vous demande si vous voulez enregistrer les modifications : cliquer sur Oui (pour Excel) ou Enregistrer (pour Open Office).



Assistance en cas de difficultés

Si vous rencontrez un problème méthodologique ou technique, contactez le référent de votre CCLIN:

CCLIN Est:

Assistance méthodologique: Nathalie VERNIER - 03 83 15 79 63 – n.vernier@chu-nancy.fr

Assistance technique: Olivier HOFF - 03 83 15 35 45 – o.hoff@chu-nancy.fr

CCLIN Ouest:

Assistance méthodologique: Marie-Alix ERTZSCHEID – 02 99 87 35 34 - ertzscheid@chu-rennes.fr

Assistance technique: Nadine GARREAU - 02 99 87 35 37 - nadine.garreau@chu-rennes.fr

CCLIN Paris-Nord:

Assistance méthodologique: Danièle LANDRIU - 01 40 27 42 37 - daniele.landriu@sap.aphp.fr

Assistance technique: Ludivine LACAVE - 01 40 27 42 36 - ludivine.lacave@sap.aphp.fr

CCLIN Sud-Est:

Assistance méthodologique: Claude BERNET - 04 78 86 49 49 - cclinse@chu-lyon.fr

Assistance technique: Ian RUSSELL - 04 78 86 49 49 - ian.russell@chu-lyon.fr

CCLIN Sud-Ouest:

Assistance méthodologique: Daniel ZARO-GONI - 05 56 79 60 58 – daniel.zaro-goni@chu-bordeaux.fr

Assistance technique: Muriel PEFAU - 05 56 79 60 58 – muriel.pefau@chu-bordeaux.fr

