



MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN EHPAD

MANUEL D'AUTO-EVALUATION-JANVIER 2011



Contexte 1

- Réalité du risque infectieux en EHPAD
 - 2006/07 Enquête PRIAM prévalence des infections en EHPAD
 - 577 Ets/44870 résidents
 - Prévalence : 11,2%
- Arrêté 2007 sur les missions ARLINS :
 - conseil et assistance aux EHPAD dans le domaine de l'hygiène et la prévention des Infections Associées aux Soins (IAS)
- Programme ORIG/SFHH 2009
- Programme national de prévention des IAS dans le secteur médicosocial : prochainement



Contexte 2

- Démarche initialisée en 2008 par le CCLIN SO avec des professionnels des EHPAD
- Adaptation du travail CCLIN Sud-Ouest pour une étude nationale par le GREPHH
 - Groupe de travail, coordination par le CCLIN Sud –Ouest
 - Groupe de relecture
 - Validation par le GREPHH



Maitrise du risque infectieux en EHPAD

MANUEL D'AUTO-EVALUATION - JANVIER 2011



Outils disponibles sur le site du GREPHH

- Manuel d'autoévaluation
- Mode d'emploi du module de saisie et d'analyse
- Application informatique pour la saisie et l'analyse
- Diaporama de présentation de l'autoévaluation



Objectifs et champs d'application

- Objectifs de l'autoévaluation
 - Permettre de dégager les points forts et les points faibles de l'établissement dans la prévention des IAS
 - Définir un plan d'amélioration précis et spécifique à l'établissement

- Référentiel
 - Recommandations ORIG/SF2H JUIN 2009

- Est concerné
 - Tout EHPAD



Méthode

- Auditeur (professionnel : Méd co/IDE co...) désigné par la direction pour prendre en charge l'autoévaluation
- Données collectées auprès des professionnels concernés de l'EHPAD (représentation de chaque catégorie professionnelle) et au besoin avec prestataires extérieurs (pour certains aspects logistiques)
- Information aux résidents, aux familles et aux professionnels sur la démarche engagée



Recueil des données

Qui ?

- auditeur : lors d'une réunion de travail recueille les données auprès des professionnels concernés
 - avec document de preuve si besoin

Comment ?

- fiche établissement
- fiches auto-évaluation sur 7 chapitres
 - chaque chapitre est examiné,
 - chaque critère est renseigné sur le document papier selon la situation le jour de l'auto évaluation



Principaux paramètres évalués (7)

1. Organisation des moyens de prévention dans l'établissement
2. Gestion de l'environnement et des circuits
3. Gestion des matériels de soins
4. Gestion des soins
5. Les vaccinations contre les affections respiratoires
6. Gestion des risques épidémiques
7. Prévention des accidents avec exposition au sang

Extrait des fiches de données à recueillir

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 : _____

Code attribué
dans le cadre
d'une enquête
CCLIN-ARLIN...

Extrait des fiches de données à recueillir

I-1 MOYENS

Critères	oui	non	score
Votre établissement bénéficie de la présence d'un médecin coordonnateur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 – 0
Votre établissement :			
▪ a passé une convention en hygiène avec un établissement de santé	<input type="checkbox"/>		
▪ travaille en réseau avec une équipe opérationnelle en hygiène d'un établissement de santé	<input type="checkbox"/>		1 si au moins 1 des 3
▪ dispose d'une infirmière hygiéniste (DU) et/ou d'un praticien hospitalier en hygiène (DU) avec temps dédié à l'activité	<input type="checkbox"/>		
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 Scré
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
▪ l'équipe médicale (par exemple EPU)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 – 0
▪ les IDE et AS et Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 – 0
▪ le personnel médico social (AMP : Aide-médico-psychologue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 – 0
▪ le personnel technique (personnel des cuisines, agent entretien, ASH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 – 0
▪ l'encadrement administratif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 – 0

Extrait des fiches de données à recueillir

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"/>	■
▪ un référent est identifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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

Extrait des fiches de données à recueillir

Si vous n'êtes pas concernés : cocher NA

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

Extrait des fiches de données à recueillir

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



Période et durée de l'autoévaluation

- Période : à l'initiative de l'EHPAD, sur l'année 2011
- Durée : prévoir une 1/2 journée environ pour traiter les 7 chapitres du manuel



Maitrise du risque infectieux en EHPAD

APPLICATION INFORMATIQUE

Ce que propose l'outil informatique

- Application informatique à télécharger sous Excel
- Application compatible avec Open Office

- Chaque champ doit être saisi
- Une validation de la saisie est impérative par le pilote de l'autoévaluation

- Les résultats sont donnés avec :
 - Un score global exprimé en nombre de points et d'un % d'objectifs atteints
 - 1 point /critère répondu "oui"
 - Critère "non scoré"
 - Des scores par chapitre

- Édition automatisée d'un rapport et d'un poster des résultats de l'EHPAD

NB: si votre CCLIN, organise une enquête interrégionale, il vous proposera de vous signaler et d'envoyer vos données



Ce que propose l'outil informatique

Page menu

Maitrise du risque infectieux manuel d'auto évaluation

Menu principal

Cliquer sur les liens (texte souligné en bleu)

Cliquez pour remplir la fiche
établissement

[Fiche Etablissement](#)

[Chapitre I - Organisation des moyens de prévention dans l'établissement](#)

[Chapitre II - Gestion de l'environnement et des circuits](#)

[Chapitre III - Gestion du matériel de soins](#)

[Chapitre IV - Gestion des soins](#)

[Chapitre V - Les vaccinations contre les affections respiratoires](#)

[Chapitre VI - Gestion des risques épidémiques](#)

[Chapitre VII - Prévention des accidents avec exposition au sang](#)

Editer les Résultats



FICHE ETABLISSEMENT

Les champs bleus sont facultatifs en dehors des enquêtes CCLIN/ARLIN

Nom Etablissement

EHPAD

Code Finess Etablissement¹

860000223

Code attribué par votre CCLIN²

3652

Code Postal

33560

Ville

BORDEAUX

ARLIII

AQUITAINE

Antenne Régionale de Lutte contre les Infections Nosocomiales

Code CCLIN

5

1=Est, 2=Ouest, 3=Paris-Nord, 4=Sud-Est, 5=Sud-Ouest

Statut

2

1=Public, 2=Privé

Nature

1

1=Votre établissement est un EHPAD

2=Votre établissement de santé assure une activité EHPAD

Nombre total de lits EHPAD

365

Date de l'évaluation

15/01/2011

format: *jj/mm/aaaa*

Personne(s) ayant réalisé l'évaluation

LE DIRECTEUR DE L'EHPAD

Tous les champs en vert pâle sont à remplir obligatoirement



Ce que propose l'outil informatique

Remplissage des fiches

Extrait du chapitre III. Gestion du matériel de soins

Matériels utilisés dans l'établissement

Extracteur à oxygène

1=Oui, 2=Non

Pour certaines questions si la réponse est non

2

Un protocole existe

1=Oui, 2=Non

Le protocole est validé

1=Oui, 2=Non

Type de traitement: Détergent / Désinfectant

1=Oui, 2=Non

Vous n'avez pas à répondre aux questions qui apparaissent en gris

Générateur (appareil) aérosol

1=Oui, 2=Non

1

Un protocole existe

1=Oui, 2=Non

1

Le protocole est validé

1=Oui, 2=Non

2



Maitrise du risque infectieux en EHPAD

Restitution des résultats
et
Outils de communication

Extrait du rapport automatisé

CHAPITRE II - GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CIRCUITS

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Locaux	10	12	83,3
2-Restauration	0	16	0,0
3-Linge	7	10	70,0
4-Déchets*	4	7	57,1
5-Eau	18	26	69,2
Total	39	71	54,9

Vous avez obtenu un résultat de 54,9%

Votre établissement s'est engagé de manière significative dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats contenus dans le tableau vous informe sur les thèmes à améliorer. Ils doivent faire l'objet de mesures à inscrire dans votre programme d'actions.

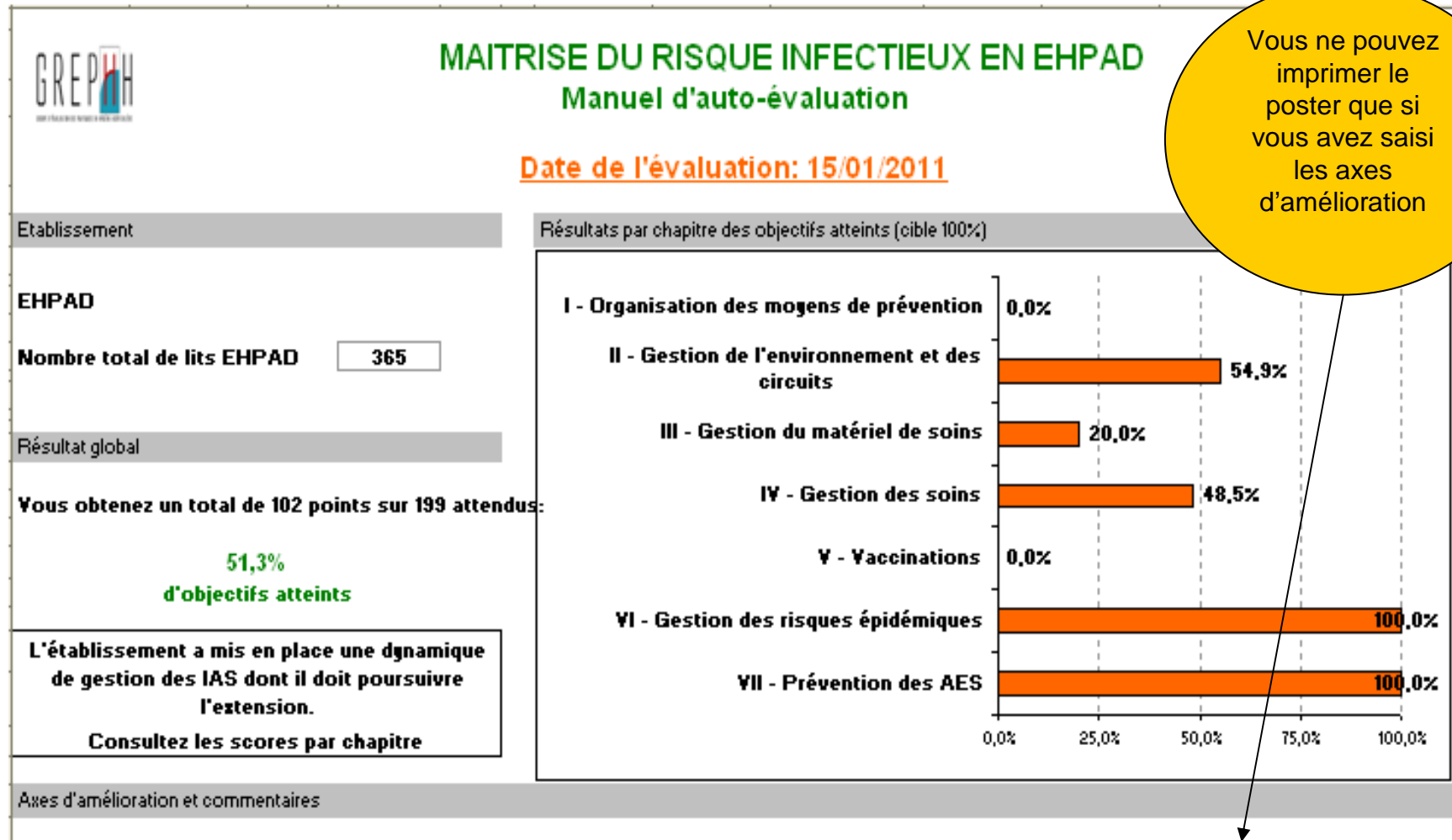
*Délai de stockage des DASRI conforme:

> 100 kg / semaine = 72 heures

Entre 5 kg / mois et 100 kg / semaine = 7 jours

< 5 kg / mois = 3 mois

Exemple de poster automatisé



Exemple d'actions à mener :

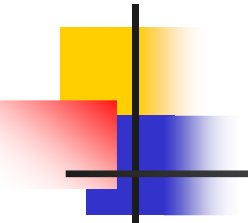
rédiger un programme annuel d'actions de prévention des IAS

obtenir un taux de vaccination de 100% chez les résidents, et de 60% chez le personnel



Plan d'amélioration

- Rétro information rapide et ciblée aux professionnels de l'EHPAD
- Propositions d'axes d'amélioration élaborées avec les personnes concernées, de toutes catégories professionnelles au vu des constats effectués
- Mise en place des actions d'amélioration
- Suivi des progrès réalisés par une nouvelle auto-évaluation à distance
- Réalisation d'une auto-évaluation périodique
 - Conseillée à 12 mois

- 
-
- Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à ce projet
 - Nous vous encourageons à sa mise en œuvre
 - N'hésitez pas à nous faire part de vos commentaires

Groupe de travail initial /CCLIN Sud-Ouest

- Démarche initialisée en 2008 par le CCLIN SO avec des professionnels des EHPAD

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



Groupe de travail GREPHH

- En 2010, un groupe de travail GREPHH a proposé un outil actualisé :

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 relecture

- Document relu par divers partenaires des EHPAD

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	GRUPE 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

Coordonnées pour obtenir votre code ou vous signaler auprès de votre CCLIN

