

**DOCUMENT D'ANALYSE DU RISQUE INFECTIEUX (DARI)
ET
ELABORATION D'UN PROGRAMME D' ACTIONS
DANS LES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX**

Eléments d'aide à l'élaboration

Juin 2018

PLAN

*

INTRODUCTION	P 3
PREALABLES A LA DEMARCHE	P 4
ETAPE 1 : EVALUATION DES RISQUES	P 5
EXEMPLE	P 6
ETAPE 2 : GESTION DES RISQUES	P 7
• ANALYSE A L'AIDE DE L'OUTIL DU GREPHH	P 7
EXEMPLE	P 8
• PROGRAMME D'ACTION ET CALENDRIER	P 9
EXEMPLE	P 10
• EVALUATION ET SUIVI DES ACTIONS	P 11
ETAPE 3 : COMMUNICATION INTERNE/EXTERNE	P 11
ANNEXES	P 12
- REFERENCES	
- COORDONNEES ARS ET CPIAS	

INTRODUCTION

Faisant suite au plan stratégique 2009-2013, le PROgramme national d'actions de Prévention des Infections Associées aux Soins (PROPIAS) vise à prendre en compte les différentes dimensions de la prévention des infections associées aux soins (IAS). Il décline des actions couvrant les trois secteurs de soins : établissements de santé, établissements médico-sociaux (EMS) et soins de ville.

Les priorités actuelles du PROPIAS sont de développer la prévention des IAS en associant les usagers, de renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibio résistance et de réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs.

L'instruction N° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 relative à la mise en œuvre du PROPIAS dans le secteur médico-social 2016/2018, donne des directives et un calendrier.

Le PROPIAS dans le secteur médico-social vise à la prévention du risque infectieux dans son ensemble pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles au sein de chaque établissement.

Le champ concerné par cette instruction est celui des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées :

- les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)
- les maisons d'accueil spécialisé (MAS)
- les foyers d'accueil médicalisés (FAM)
- les établissements prenant en charge des enfants ou adolescents polyhandicapés (code FINESS 188)
- les instituts d'éducation motrice (IEM) (code FINESS 192)

La maîtrise du risque infectieux passe par des mesures de prévention, d'organisation, de sensibilisation, de formation et de communication, élaborées à partir de l'identification de vulnérabilités et de points de vigilance par les établissements.

Lors de la contractualisation – contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM), convention tripartite – avec l'ARS et les conseils départementaux le cas échéant, les établissements sont invités à accroître la maîtrise du risque infectieux, enjeu majeur de santé publique.

Une démarche d'analyse de risque telle que celle proposée par le DARI doit permettre à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'en apprécier son niveau de maîtrise afin d'élaborer et d'adapter son programme d'action.

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 CASF.
L'objectif national est que 100 % des établissements soient entrés dans la démarche et aient finalisé leur plan d'action d'ici fin 2018.

La construction de ce document s'inscrit dans une logique participative afin de faciliter son appropriation par les équipes.

 **Son objectif est de vous guider dans l'élaboration de votre plan d'actions en utilisant l'outil DARI.**

LES PREALABLES A LA DEMARCHE

La démarche d'analyse des risques comporte trois étapes, indissociables :

- 1- L'évaluation des risques dans l'établissement
- 2- La gestion des risques
 - Analyse du niveau de maîtrise du risque infectieux à l'aide de l'outil du GREPHH
 - Elaboration d'un programme d'actions prioritaires et d'un calendrier
 - Evaluation et suivi des actions
- 3- La communication interne et externe

La conduite de la démarche est impulsée par le **directeur** de l'établissement.

Elle 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.

En premier lieu, ce comité devra :

- établir le calendrier du déroulement de la démarche au regard de l'échéance prévue fin 2018, des moyens disponibles et des différentes étapes de la démarche
- identifier les personnes ressources pour chacun des items (cf. chapitres ci-dessous et outil du GREPHH) : responsables des services techniques, des cuisines, de la médecine préventive, de la blanchisserie, des services logistiques, ...

Ces personnes ressources pourront être sollicitées individuellement ou de façon collégiale en fonction de la taille et de l'organisation de l'établissement

- désigner une personne qui assurera la collecte de l'ensemble des informations afin d'assurer une cohérence dans l'ensemble des réponses.

 **Une communication sur la démarche engagée devra être diffusée.**

Cette information doit se faire à chaque étape de la démarche vers tous les acteurs concernés (personnels, autres professionnels intervenant dans l'établissement mais aussi résidents, familles, 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.

ETAPE 1: l'évaluation des risques

L'objectif de cette étape est d'identifier et d'analyser le risque infectieux dans l'établissement.

Il est conseillé de recenser et d'étudier les événements infectieux survenus dans l'établissement au cours des trois dernières années en analysant plus particulièrement :

- leur lien éventuel avec un dispositif ou une pratique de soins (ex : infections cutanées à *Streptococcus pyogenes* et pansement / infections urinaires sur sonde, ...)
- leur caractère potentiellement épidémique
- l'écologie bactérienne de l'établissement (si données disponibles)
- leur criticité (gravité X fréquence) en utilisant une échelle simple (cf. exemple présenté dans le tableau 1)

☞ A noter : ces événements infectieux concernent les résidents mais aussi le personnel intervenant dans l'établissement.

Chaque événement infectieux étant considéré comme un risque, il sera analysé en fonction de deux variables : la fréquence et la gravité, pour lesquelles il existe des échelles de cotation.

Le tableau ci-dessous permet de déterminer la criticité (fréquence X gravité) de chaque risque ou événement analysé , et donc de les hiérarchiser pour prioriser les actions à conduire dans l'établissement.

Tableau 1 : Exemple de hiérarchisation du risque infectieux

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

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

EXEMPLE : Proposition d'éléments à faire figurer dans le DARI

Exemples de remplissage

Etape 1 "Evaluation du risque infectieux"

Nb de résidents :
dont résidents classés en GIR 1 ou 2 :

Fréquence des actes à risque

	jamais	peu fréquent (quelques fois par an)	fréquent (1 fois par mois)	très fréquent (toutes les semaines)
pose de cathéter périphérique		X		
pose de cathéter sous cutané				X
soins de plaies étendues		X		
Sondage vésical			X	
Autre 1				
Autre 1				

Nb d'épisodes épidémiques (quel que soit le nb de résidents malades) **dans les trois dernières années :**
Noter entre parenthèses le nombre d'épisodes ayant concerné au moins 1 membre du personnel

	2009	2010	2011	Total
Gastro-entérite	1 (0)	3 (2)	2 (0)	6 (2)
Gale				
Toxi-infection alimentaire collective				
Infection respiratoire aigue				
Autre 1				

Au total, six épisodes de gastro-entérites ont été identifiés sur les trois dernières années dont deux épisodes ayant concerné également des soignants

Nb d'accidents d'exposition au sang (AES) recensés lors des 3 dernières années

	2009	2010	2011	Total
AES				

Hierarchisation des risques infectieux

	Gravité	Gravité mineure	Gravité moyenne	Gravité élevée	Gravité très élevée
Fréquence					
Possibilité faible de survenue					Légionellose
Possibilité moyenne de survenue					
Risque récurrent	Gale				Grippe
Possibilité très élevée					

■	Risque important
■	Risque moyen
■	Risque faible

La gale représente un risque récurrent mais sans gravité.

La légionellose représente une possibilité faible survenue dans la mesure où il existe un plan de surveillance du réseau d'eau mais sa gravité est potentiellement élevée.

ETAPE 2 : la gestion des risques

➔ Analyse du niveau de maitrise du risque infectieux

Pour cette étape, il est fortement recommandé d'utiliser l'outil d'auto-évaluation proposé par le GREPHH :

<http://www.grephh.fr/EHPAD-GREPHH.html>

http://www.grephh.fr/PDF/Eval_risq-inf_EHPAD/maitrise-du-risque-infectieux-en-EHPAD_manuel-d-auto-evaluation.pdf

http://www.grephh.fr/PDF/FAM-MAS/Eval_FAM_MAS_Methodo_Version_definitive.pdf

Cette étape devra s'intéresser aux sept thèmes suivants et détailler les moyens mis en œuvre pour maîtriser le risque infectieux : organisation, protocoles, matériel disponible, formation, personnes ressources, modalités d'actions, ... :

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

Cet outil informatisé permet aux établissements de visualiser leurs points forts et leurs points d'amélioration afin de définir leur programme d'actions.

La saisie des données génère le calcul :

- ↳ d'un score global exprimé en nombre de points et un pourcentage d'objectifs atteints
- ↳ des scores pour chaque chapitre exprimés de la même façon

Ces résultats sont rassemblés dans un rapport et sur un poster de présentation.

Les scores sont présentés dans un graphique permettant de repérer les points positifs et ceux à améliorer :

- les points à améliorer correspondent aux thèmes ayant obtenu un score pour lequel l'atteinte des objectifs est égale ou inférieure à 50 %
- les actions prioritaires correspondent aux thèmes pour lesquels les résultats apparaissent en rouge dans le rapport automatisé.

Cet outil et les résultats qu'il fournit sont une aide à la communication, soit sous forme de rapport pour la communication interne, soit sous forme de poster pour la communication externe.

Rappel ! Afin d'utiliser au mieux cet outil et d'assurer une cohérence dans l'ensemble des réponses, il est nécessaire d'avoir désigné un responsable qui assurera la collecte de l'ensemble des informations auprès des différentes personnes ressources préalablement identifiées (cf. préalables à la démarche p. 4).

☞ En cas de difficultés, le CPIAS peut apporter un appui technique et un accompagnement méthodologique aux établissements qui le souhaitent (cf. coordonnées en annexe).

EXEMPLE : " Evaluation du niveau de maitrise du risque infectieux "

Insérer le rapport et le poster produits par l'utilisation de l'outil du GREPHH, dans le rapport final

Schéma 1 : Exemple de poster automatisé

Un **commentaire** généré par les résultats aide à la lecture de ce poster. Vous devez, avant de l'imprimer en couleur, indiquer dans l'espace réservé vos **priorités d'amélioration**.

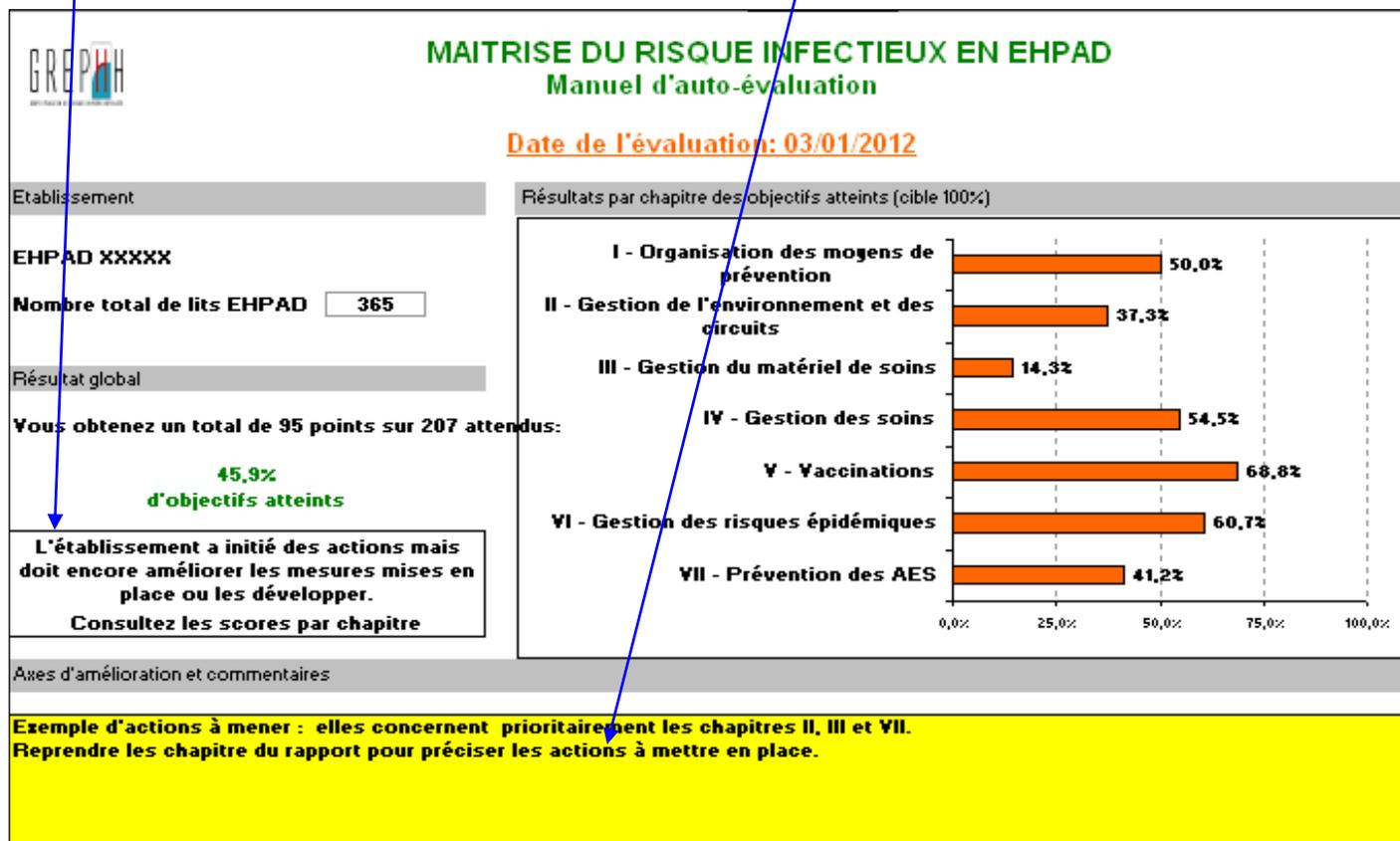


Schéma 2: Extrait d'un rapport automatisé, concernant un des sept chapitres synthétisés dans le poster

► CHAPITRE II - GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CIRCUITS

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Locaux	9	12	75,0
2-Restauration	2	16	12,5
3-Linge	6	10	60,0
4-Déchets*	5	7	71,4
5-Eau	6	30	20,0
Total	28	75	37,3

Vous avez obtenu un résultat de 37,3%

Votre établissement s'est engagé dans la prévention des Infections Associées aux Soins mais elle est encore incomplète. 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.

Concernant le chapitre II :

- la gestion des locaux est satisfaisante
- la restauration et la gestion de l'eau sont des points prioritaires à prendre en compte. Reprendre le détail du questionnaire pour cibler précisément les actions à mettre en place.

➤ Elaboration d'un programme d'actions prioritaires et d'un calendrier

A partir des éléments recueillis ayant permis d'identifier :

- des situations à risque ou un risque infectieux (cf. hiérarchisation des risques)
- et des niveaux de maîtrise insuffisants (cf. résultats de l'utilisation de l'outil du GREPHH),

l'établissement établit un programme d'actions en déterminant les mesures organisationnelles et techniques à mettre en œuvre.

Ce programme doit s'inscrire dans la politique de gestion des risques de l'établissement.

Il tient compte des moyens humains et financiers disponibles et des autres priorités de l'établissement.

Il prévoit le calendrier de réalisation, détermine pour chaque action les personnes référentes ainsi que les modalités d'évaluation des actions (périodicité, indicateurs, ...).

Concernant les actions prioritaires, une attention toute particulière sera portée aux points suivants, qui constituent le socle du plan d'actions:

- La connaissance et l'application rigoureuse par l'ensemble des professionnels au contact des résidents/usagers des **précautions standard**, base de la lutte contre la transmission croisée ;
- L'implication des personnels dans la maîtrise de **l'antibio résistance** (incluant l'utilisation des TROD) et de la diffusion des bactéries multi résistantes ou hautement résistantes émergentes ;
- La promotion auprès des personnels de la **vaccination** antigrippale ;
- Le **signalement** des infections associées aux soins, conformément à la réglementation en vigueur ;
- L'élaboration d'un **plan de crise** :
L'établissement devra savoir
 - Repérer et signaler une épidémie, prévenir l'ARS
 - Mettre en place les premières mesures de gestion en attendant l'aide éventuelle des experts régionaux (le CPIAS pour la gestion de l'épisode et l'aide à la mise en place des mesures à prendre et la Cire pour l'aide à l'investigation)
 - Activer une cellule de crise au sein de l'établissement (dans le format du comité de suivi du programme) et renforcer les mesures d'hygiène standard.

EXEMPLE : « proposition d'un tableau d'aide à l'élaboration d'un plan d'action DARI suite à l'auto-évaluation »

A partir des différents chapitres du DARI, relever les points à améliorer de votre organisation, définir les actions à conduire, le responsable de l'action, un calendrier et des points de situation.

Tableau d'aide à l'élaboration d'un plan d'action DARI suite à l'auto-évaluation

Tableau d'aide à l'élaboration du plan d'action DARI	Chapitres	Points à améliorer de votre organisation.	Action à conduire	Responsable de l'action	Calendrier	Points de situation 1 (Date du comité de suivi)
1	Chapitre I : Organisation des moyens de prévention dans l'établissement					
2	2 I-1 : Moyens					
3	3 I-2 : Surveillance / Alerte / Indicateurs					
4	4 I-3 : Antibiotiques					
5	5 I-4 : Tenue du personnel dans l'établissement					
6	Chapitre II : Gestion de l'environnement et des circuits					
7	II-1 : Entretien des locaux					
8	II-2 : Hygiène en restauration					
9	II-3 : Gestion du linge					
10	II-4 : Gestion des déchets					
11	II-5 : Gestion de la qualité de l'eau					
12	Chapitre III : Gestion du matériel					
13	Chapitre IV : Gestion des soins					
14	IV-1 : Actes infirmiers et de nursing					
15	IV-2 : Antiseptiques	Pas d'antiseptique alcoolique	Dotation d'antiseptique alcoolique	Médecin coordonnateur	1 ^{er} Trimestre	
16	IV-3 : Précautions « standard »	Pas de protocole hygiène des mains FHA	Rédaction d'un protocole FHA	Infirmière coordinatrice	Dans le mois Action prioritaire	Xx/xx/2016
17	IV-4 : Précautions complémentaires					
18	IV-5 : Hygiène des résidents					
19	Chapitre V : Les vaccinations contre les affections respiratoires					
20	Chapitre VI : Gestion des risques épidémiques					
21	VI-1 : Gale					
22	VI-2 : Tuberculose pulmonaire					
23	VI-3 : Gastro-entérite					
24	VI-4 : Infection respiratoire aiguë basse					
25	Chapitre VII : Prévention des accidents avec exposition au sang					

➔ Evaluation et suivi des actions

Concernant le suivi des actions, le renouvellement régulier (tous les un à deux ans) de l'auto-évaluation proposée par le GREPHH permet de mesurer et d'objectiver les progrès accomplis.

Un suivi plus fréquent (plusieurs fois par an) peut concerner certains indicateurs internes plus simples à recueillir, par exemple : la consommation de solution hydroalcoolique (SHA) pour l'hygiène des mains ou celle de tabliers de protection (toilette et les changes des résidents dépendants),

De même, des "Quick audit" sur l'hygiène des mains, la toilette des résidents, ... peuvent être prévus pour suivre le respect des précautions standard.

Les modalités devront être précisées dans le cadre du travail du comité de suivi.

ETAPE 3: Communication interne et externe

Le responsable mandaté assurera la communication interne et externe.
Pour ce faire, il pourra s'aider des outils fournis par le GREPHH.

Notamment, il convient de prévoir la rédaction annuelle d'un document de suivi des actions et d'éventuels réajustements incluant les modalités de communication (cible, type de communication).

La cible peut être différente selon les thèmes (direction, ensemble du personnels +/- les résidents et familles), et les modes de communication seront adaptés aux objectifs (réunions d'information, bulletin à usage interne, note de service, ...).

Il organisera les liaisons indispensables (ARS, Conseil départemental) ou les structures d'appui si besoin ainsi que la mise à jour des personnes référentes dans la démarche.

ANNEXES

Références

Coordonnées ARS et CPIAS

ANNEXE 1 : REFERENCES

Textes réglementaires

INSTRUCTION N° DGOS/PF2/DGS/RI1/DGCS/2015/ 202 du 15 juin 2015 relative au programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) 2015

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

Précautions standard, précautions complémentaires de type contact, hygiène des mains

- ✓ Recommandations « Actualisation des précautions standard – Etablissements de santé, établissements médicosociaux, soins de ville », SFHH, juin 2017
https://sf2h.net/wp-content/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf
- ✓ Fiche pratique « Conduite à tenir pour l'élimination des excréta » C.CLIN Paris Nord, Nov. 2013.
http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/cclinParisNord/2013_Excreta_CCLIN.pdf
- ✓ « Maîtrise du risque infectieux en établissement médicosocial. » Fiches pratiques
http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/EMS_CCLinArlin.html
- ✓ « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins », SFHH, Sept 2010,
http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100518_survprevinfections.pdf
- ✓ Recommandations pour la prévention des infections dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). SFHH, ORIG, 2009,
http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/sfhh/2009_ehpad_SFHH.pdf
- ✓ Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. SFHH, avril 2009.
http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/sfhh/2009_BMR_SFHH.pdf
- ✓ Recommandations pour l'hygiène des mains. SFHH, juin 2009.
http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/sfhh/2009_mains_SFHH.pdf

Sites web ressources documentaires

- ✓ GREPHH <http://www.grephh.fr/>
- ✓ Nosobase® <http://cepias/nosobase/index.fr/>
(site documentaire sur la prévention du risque infectieux associé aux soins)

Et pour la promotion du bon usage des antibiotiques en ESMS

Page « Antibiotiques en EHPAD »

<https://www.cpias-nouvelle-aquitaine.fr/campagne-atb-ehpad-octobre-2017/>

Page « antibio résistance » ARS NA

<https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/la-maitrise-de-lantibioresistance-une-priorite-de-sante-publique>

Agence Régionale de Santé (ARS)

◆ **Vos contacts privilégiés à l'ARS NA : les Délégations Départementales de l'ARS NA**

ars-dd16-direction@ars.sante.fr

ars-dd17-direction@ars.sante.fr

ars-dd19-direction@ars.sante.fr

ars-dd23-direction@ars.sante.fr

ars-dd24-direction@ars.sante.fr

ars-dd33-direction@ars.sante.fr

ars-dd40-direction@ars.sante.fr

ars-dd47-direction@ars.sante.fr

ars-dd64-direction@ars.sante.fr

ars-dd79-direction@ars.sante.fr

ars-dd86-direction@ars.sante.fr

ars-dd87-direction@ars.sante.fr

◆ **Autres contacts à l'ARS NA :**

Direction de la Santé Publique

Directeur : Daniel HABOLD

Directrice Adjointe : Karine TROUVAIN

Pôle Qualité et Sécurité des soins et des accompagnements :

Responsable : Aurélie GUILLOUT

Pôle Veille et Sécurité Sanitaire

Cellule de veille, d'alerte et de gestion sanitaire

Responsable : Dr Pascal FABRE



Vos contacts :

Dr Matthieu MECHAIN : matthieu.mechain@ars.sante.fr

Sophie BARDEY : sophie.bardey@ars.sante.fr

CPIAS Nouvelle Aquitaine

Site de Bordeaux

- Dr Christophe GAUTIER
 - Véronique DELANNOY
 - Rachel DUTRECH
- Tél :05 56 79 60 58

Site de Limoges

Tél. direct : 05 55 05 88 51

Site de Poitiers

- Dr Catherine LALAND, P.H. en hygiène
 - Chantal LEGER, cadre de santé coordonnateur
- Tél. : 05 49 44 42 05

Document repris et révisé par :

- ARS Nouvelle Aquitaine
DSP - POLQUAS :
Dr Matthieu MECHAIN
Sophie BARDEY

- CPIAS Nouvelle Aquitaine
Site Bordeaux : Dr Pierre PARNEIX, responsable du CPIAS
Site Limoges : Serge MARIE, cadre sup. de santé coordonnateur