

*La Démarche d'analyse  
du risque infectieux en FAM-MAS en  
OCCITANIE : l'outil d'aide à la  
rédaction du plan d'action*



DUCHEIN Patrick

Cadre de santé coordinateur hygiéniste, CPIAS  
Occitanie

# *Pourquoi analyser le risque infectieux en EMS*

## *Les injonctions réglementaires :*

- *La Loi du 21 juillet 2009* nombre d'évaluations obligatoires 3 évaluations internes et 2 évaluations externes durant le cycle d'autorisation de 15 ans.
- *PROPIAS : Programme national de Prévention des Infections associés aux soins : (2011-2013) circulaire interministériel n° DGCS/DGS/2011/377 du 30 septembre 2011.*
- *circulaire n° DGCS/GGS/2012/118 du 15 mars 2012* a insisté sur la démarche d'évaluation de la maîtrise du risque infectieux (DARI). Abrogé par celui de l'instruction N°DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016



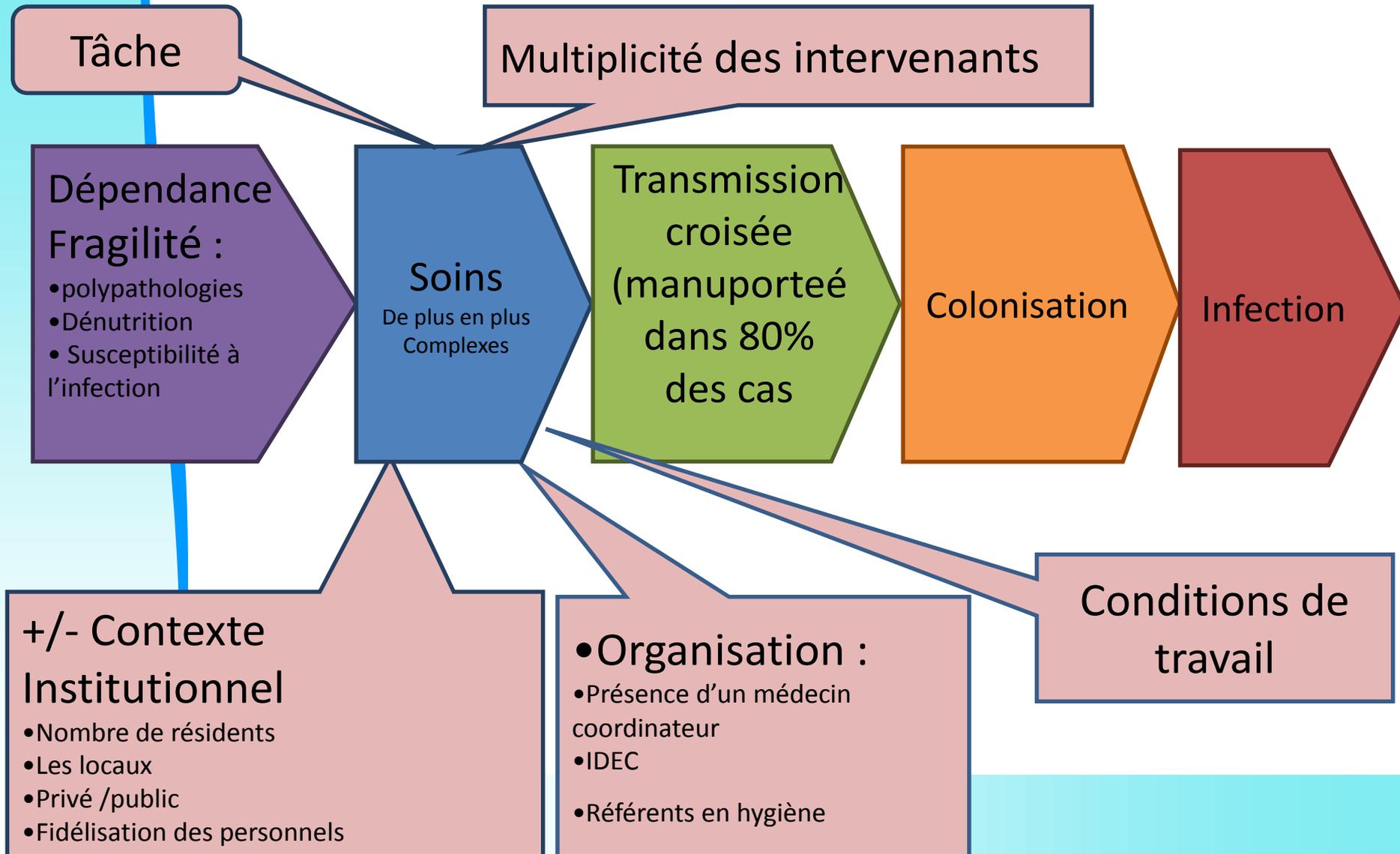
# *Pourquoi analyser le risque infectieux en EMS*

*Les injonctions réglementaires :*

- **PROPIAS : 2015**
  - **Axe 1** : Développer la prévention des IAS tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents.
  - **Axe 2** : Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.
  - **Axe 3** : Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé.
- **l'instruction N°DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 : mesure + Plan d'action fin 2018**



# Chaîne du risque en EMS



# *La démarche DARI*



# BILAN L'outil : où le trouver



Présentation ▶ Audits en cours ▶ Communications ▶ Actualités ▶



Accueil > Audits en cours > Risque infectieux en FAM MAS

## Outils à disposition

### Cathéters veineux périphériques

### Endoscopie

### Gestion des excréta

### Hygiène des mains

Quick-audit

Observance-pertinence

Technique

### Précautions complémentaires

### Précautions standard

### Préparation de l'opéré

### Risque infectieux en EHPAD

### Risque infectieux en FAM - MAS

### Sondes d'échographie endocavitaires

### Visite de risque infectieux en hémodialyse

## Risque infectieux en FAM MAS

Année de l'audit national : 2012

Il s'agit de l'adaptation du manuel d'autoévaluation du GREP HH sur la maîtrise du risque infectieux en EHPAD pour le secteur des Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) et des Foyers d'Accueil Médicalisés (FAM).

L'outil construit par le GREP HH avec l'aide de professionnels de FAM et de MAS a pour objectif de dégager des points forts et des points à améliorer de l'établissement dans la prévention des infections associées aux soins.

L'outil vous permet l'élaboration d'un plan d'action précis et spécifique à l'établissement.

Cette démarche s'inscrit dans le cadre d'une politique globale d'amélioration continue de la qualité.

Des fiches pratiques d'accompagnement du manuel d'autoévaluation du risque infectieux sont proposées aux EHPAD. Elles peuvent vous être utiles dans le cadre de votre démarche d'analyse de risque.

**Circulaire interministérielle du 15 mars 2012** relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013

## Résultats

### Outil informatique

- Guide  1Mo573
- Application  767Ko

## Outils pédagogiques

### Méthodologie

# L'outil : le renseigner



## CHAPITRE II GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CIRCUITS

**Rappel:** les données sont à saisir dans les cellules vert pâle. Saisie obligatoire pour tous les critères proposés.  
Pour certaines questions, lorsqu'une réponse négative est donnée, les questions suivantes apparaissent en gris: vous n'avez pas à y répondre.

### II-1 Entretien des locaux

<b>Il existe des procédures institutionnelles (protocoles) de nettoyage des locaux dans l'établissement</b>	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non</i>	
<b>Si oui, elles sont:</b>	
- validées par le médecin coordonnateur ou le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non</i>	
- diffusées, présentées et mises à disposition dans tous les secteurs de l'EHPAD	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non</i>	
- évaluées	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non</i>	
<b>Si oui, elles concernent le nettoyage:</b>	
- quotidien de la chambre	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non</i>	
- trimestriel approfondi de la chambre	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non</i>	
- approfondi de la chambre systématiquement au départ du résident	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non</i>	
- quotidien des sanitaires communs	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non</i>	
- des lieux de vie collectifs (restauration, animation, ...) après chaque utilisation	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non</i>	
- du (des) bureau(x) de consultation	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non, 3=NA</i>	
- de la (des) salle(s) de soins	<b>1</b>
<i>1=Oui, 2=Non</i>	

# L'outil : la synthèse



## MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX EN FAM et MAS Manuel d'auto-évaluation



Date de l'évaluation: 26/04/2017

### Etablissement

Nom  
établissement

Nature de l'établissement

FAM

Nombre total de places d'accueil

82

### Résultat global

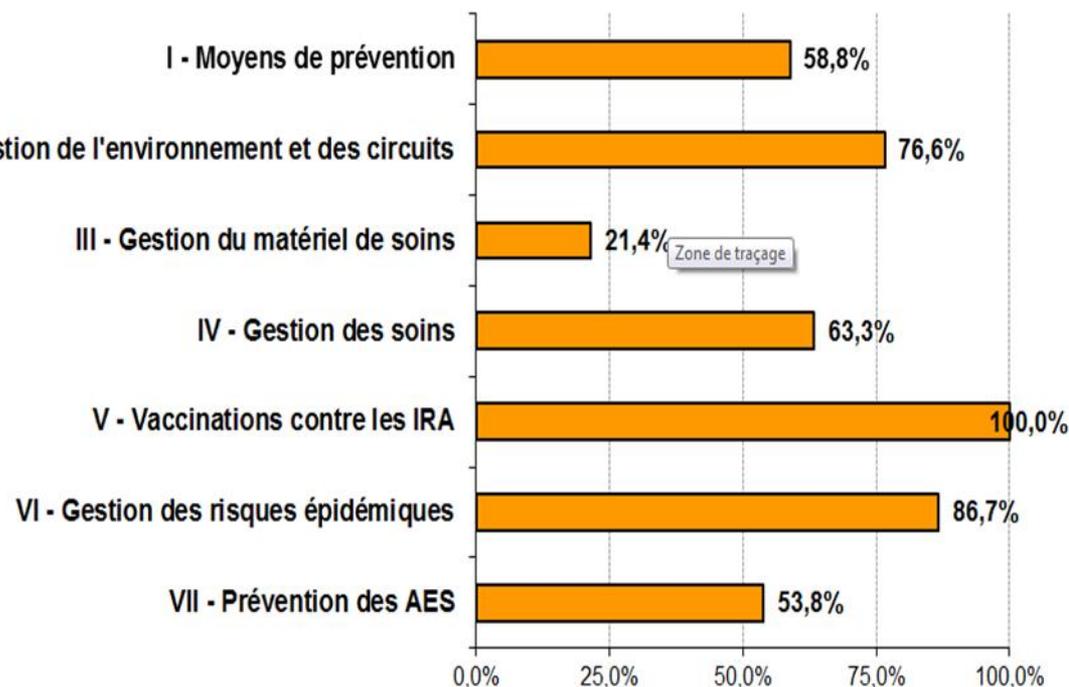
Vous obtenez un total de 128 points sur 185 attendus:

69,2%  
d'objectifs atteints

L'établissement a mis en place une dynamique de gestion des IAS dont il doit poursuivre l'extension.

Consultez les scores par chapitre

### Résultats par chapitre des objectifs atteints (cible 100%)



### Axes d'amélioration et commentaires

# L'outil : le plan d'action

## Plan d'actions Chapitre I

	Thèmes	Items	Commentaires	Actions	Priorité	Délai d'action	Responsable	
	Moyens	Présence d'un référent en hygiène	présence d'un médecin Co convention avec ES pas de travail en réseaux avec équipe EOH il a des référents en hygiène	intégrer dans la fiche de poste des référents en hygiène leurs missions et le temps imparti pour cette fonction	H=8/9	4 trim 2017	Direction, IDEC Médecin Coordonnateur	
		Rapport annuel médical	Rapport comporte chapitre sur hygiène et risque infectieux	Inclure dans rapport le fait d'avoir fait le DARI		2017		
		enquête de prévalence	pas de participation	prévoir de participer à la prochaine		2017		
		Formation à la prévention des IAS	Formation n'est pas organisée	Prévoir la formation d'un à deux référents sur la prévention des IAS en EMS (formation CaPIAS) Journée de sensibilisation et réseau	H=8/9	OCT 2017-		
			Suivi BMR	politique de prise en charge des BMR est définie Prise en charge des résidents porteurs de BMR, est définie  CAT pour malnutrition /déshydratation EXISTE le suivi mensuel est organisé	Poursuivre les actions pour  - la prise en charge des patients porteurs de BMR et l'actualiser pour les BHre définir une politique de prise en charge		2017-2018	Médecin Coordonnateur, IDEC,
		Antibiotiques	PROPIAS axe 2	Politique ATB définie Le protocole réévaluation de la prescription n'existe pas en prévoir un pour les IDE	poursuivre la mise en place de la politique de gestion des antibiotiques pour les IDE formaliser le protocole réévaluation de la prescription		2017-2018 4 <sup>tr</sup> trim. 2017	Médecin Coordonnateur Médecins traitants
	Tenue professionnelle	Règlement intérieur	Le port de la tenue professionnelle est décrite dans le règlement intérieur	Communiquer et inciter sur la mise disposition d'une tenue pour le personnel soignant et extérieur et respect du règlement intérieur		2017	Direction IDEC,	

# le plan d'action : les Thèmes

	Thèmes	Items	Commentaires	Actions	Priorité	Délai d'action	Responsable
	Moyens	Présence d'un référent en hygiène					
		Rapport annuel médical					
		Formation à la prévention des IAS					
		Suivi BMR					
	Antibiotiques	PROPIAS axe 2					
	Tenue professionnelle	Règlement intérieur					

# le plan d'action : les Commentaires

	Thèmes	Items	Commentaires	Actions	Priorité	Délai d'action	Responsable
	Moyens	Présence d'un référent en hygiène	présence d'un médecin Co convention avec ES pas de travail en réseaux avec équipe EOH il a des référents en hygiène				
			Rapport comporte chapitre sur hygiène et risque infectieux				
		Rapport annuel médical	pas de participation				
		Formation à la prévention des IAS	Formation n'est pas organisée				
		Suivi BMR	politique de prise en charge des BMR est définie Prise en charge des résidents porteurs de BMR, est définie  CAT pour malnutrition /déshydratation EXISTE le suivi mensuel est organisé				
	Antibiotiques	PROPIAS axe 2	Politique ATB définie Le protocole réévaluation de la prescription n'existe pas en prévoir un pour les IDE				
	Tenue professionnelle	Règlement intérieur	Le port de la tenue professionnelle est décrite dans le règlement intérieur				

# le plan d'action : les smileys

	Thèmes	Items	Commentaires	Actions	Priorité	Délai d'action	Responsable
	Moyens	Présence d'un référent en hygiène	présence d'un médecin Co convention avec ES pas de travail en réseaux avec équipe EOH il a des référents en hygiène				
		Rapport annuel médical	Rapport comporte chapitre sur hygiène et risque infectieux				
		enquête de prévalence	pas de participation				
		Formation à la prévention des IAS	<b>Formation n' est pas organisée</b>				
		Suivi BMR	politique de prise en charge des BMR est définie Prise en charge des résidents porteurs de BMR, est définie  CAT pour malnutrition /déshydratation EXISTE le suivi mensuel est organisé				
	Antibiotiques	PROPIAS axe 2	Politique ATB définie Le protocole réévaluation de la prescription n'existe pas en prévoir un pour les IDE				
	Tenue professionnelle	Règlement intérieur	Le port de la tenue professionnelle est décrite dans le règlement intérieur				

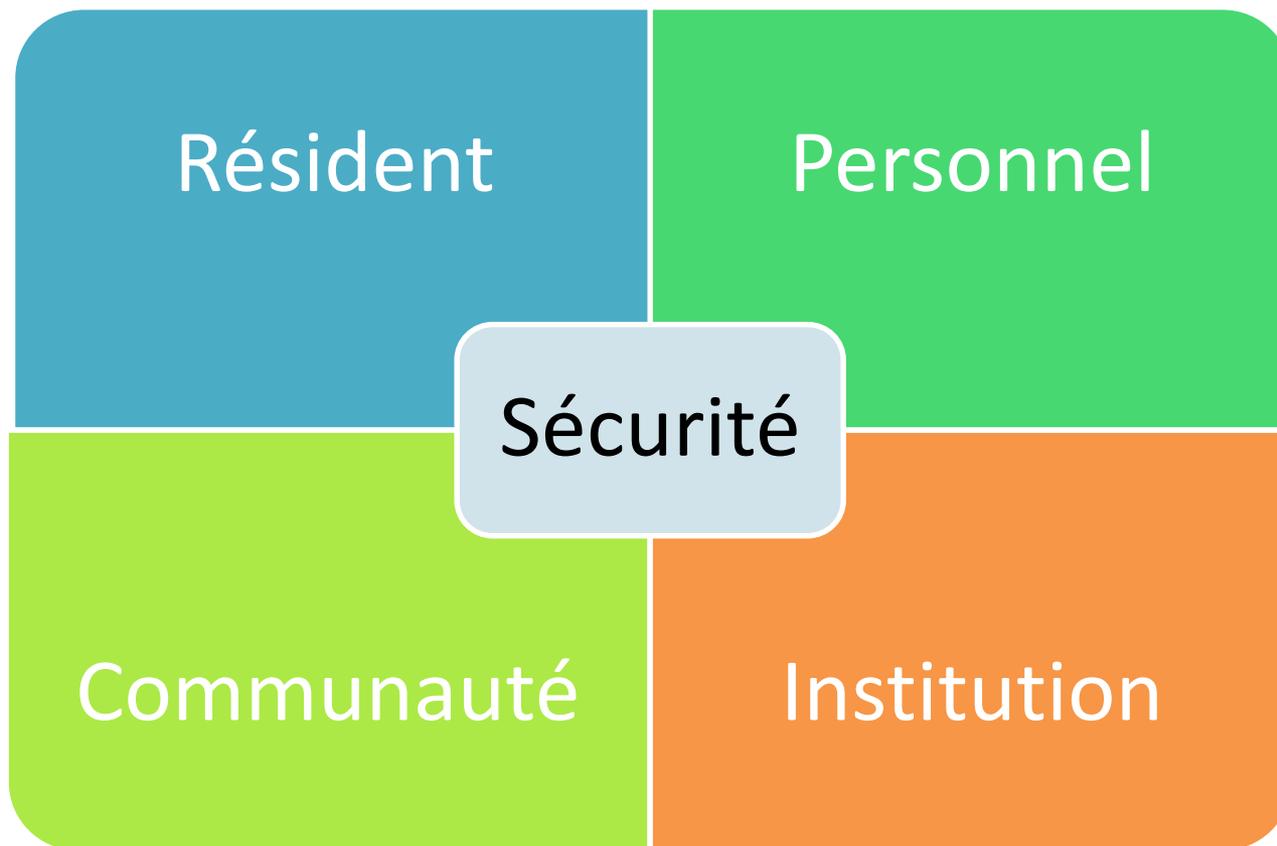
# le plan d'action : Les Actions

	Thèmes	Items	Commentaires	Actions	Priorité	Délai d'action	Responsable
	Moyens	Présence d'un référent en hygiène	présence d'un médecin Co convention avec ES pas de travail en réseaux avec équipe EOH il a des référents en hygiène	intégrer dans la fiche de poste des référents en hygiène leurs missions et le temps imparti pour cette fonction			
		Rapport annuel médical	Rapport comporte chapitre sur hygiène et risque infectieux	Inclure dans rapport le fait d'avoir fait le DARI			
		enquête de prévalence	pas de participation	prévoir de participer à la prochaine			
		Formation à la prévention des IAS	Formation n' est pas organisée	Prévoir la formation d'un à deux référents sur la prévention des IAS en EMS (formation CaPIAS) Journée de sensibilisation et réseau			
		Suivi BMR	politique de prise en charge des BMR est définie Prise en charge des résidents porteurs de BMR, est définie  CAT pour malnutrition /déshydratation EXISTE le suivi mensuel est organisé	Poursuivre les actions pour  - la prise en charge des patients porteurs de BMR et l'actualiser pour les BHre définir une politique de prise en charge			
	Antibiotiques	PROPIAS axe 2	Politique ATB définie Le protocole réévaluation de la prescription n'existe pas en prévoir un pour les IDE	poursuivre la mise en place de la politique de gestion des antibiotiques pour les IDE formaliser le protocole réévaluation de la prescription			
	Tenue professionnelle	Règlement intérieur	Le port de la tenue professionnelle est décrite dans le règlement intérieur	Communiquer et inciter sur la mise disposition d'une tenue pour le personnel soignant et extérieur et respect du règlement intérieur			

# Le plan d'action : la priorisation

	Thèmes	Items	Commentaires	Actions	Priorité	Délai d'action	Responsable
	Moyens	Présence d'un référent en hygiène	présence d'un médecin Co convention avec ES pas de travail en réseaux avec équipe EOH il a des référents en hygiène	intégrer dans la fiche de poste des référents en hygiène leurs missions et le temps imparti pour cette fonction	H=8/9		
		Rapport annuel médical	Rapport comporte chapitre sur hygiène et risque infectieux	Inclure dans rapport le fait d'avoir fait le DARI			
		enquête de prévalence	pas de participation	prévoir de participer à la prochaine			
		Formation à la prévention des IAS	Formation n' est pas organisée	Prévoir la formation d'un à deux référents sur la prévention des IAS en EMS (formation CaPIAS) Journée de sensibilisation et réseau	H=8/9		
		Suivi BMR	politique de prise en charge des BMR est définie Prise en charge des résidents porteurs de BMR, est définie  CAT pour malnutrition /déshydratation EXISTE le suivi mensuel est organisé	Poursuivre les actions pour  - la prise en charge des patients porteurs de BMR et l'actualiser pour les BHe définir une politique de prise en charge			
	Antibiotiques	PROPIAS axe 2	Politique ATB définie Le protocole réévaluation de la prescription n'existe pas en prévoir un pour les IDE	poursuivre la mise en place de la politique de gestion des antibiotiques pour les IDE formaliser le protocole réévaluation de la prescription			
	Tenue professionnelle	Règlement intérieur	Le port de la tenue professionnelle est décrite dans le règlement intérieur	Communiquer et inciter sur la mise disposition d'une tenue pour le personnel soignant et extérieur et respect du règlement intérieur			

# *Pourquoi PRIORISER ?*



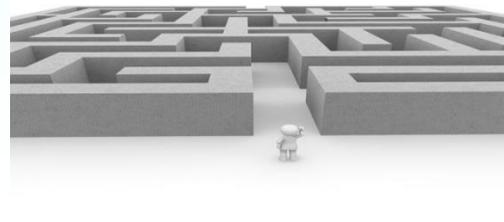
# *Pourquoi PRIORISER ?*

Gagner du temps

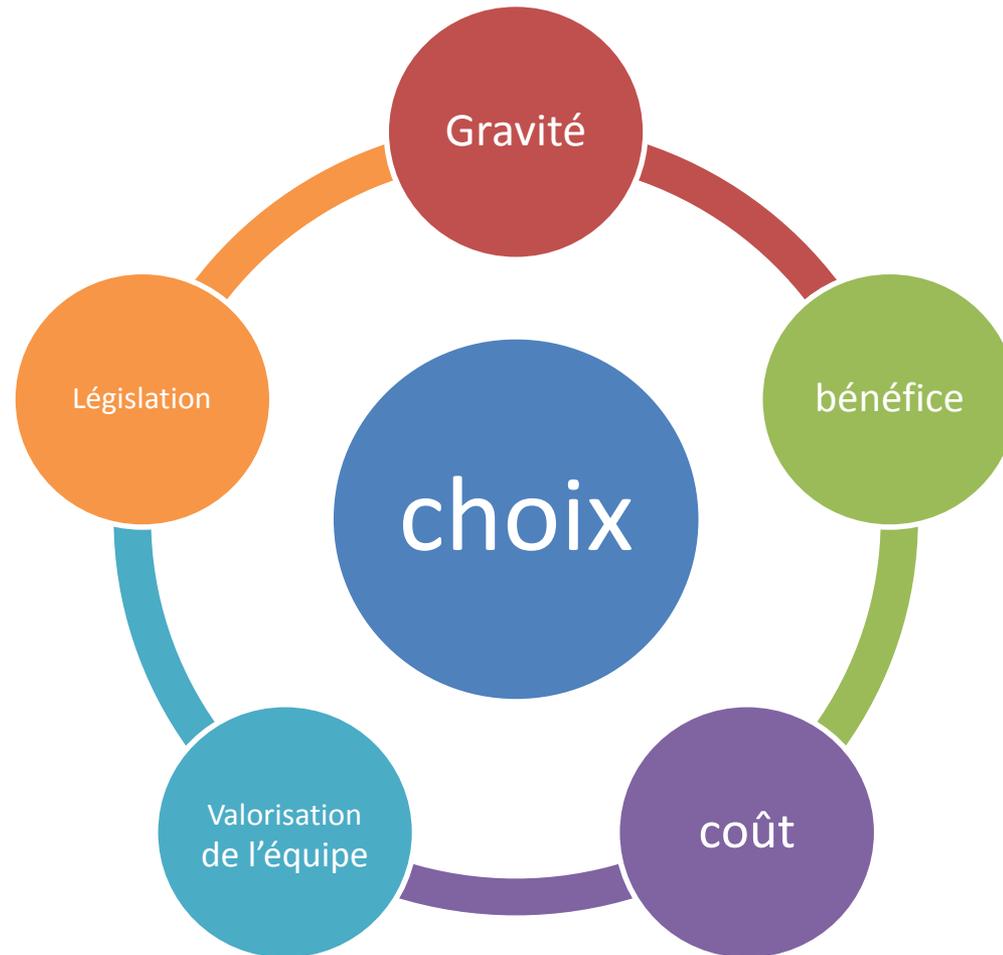
Manque de moyens

- Humains
- technique
- Financier

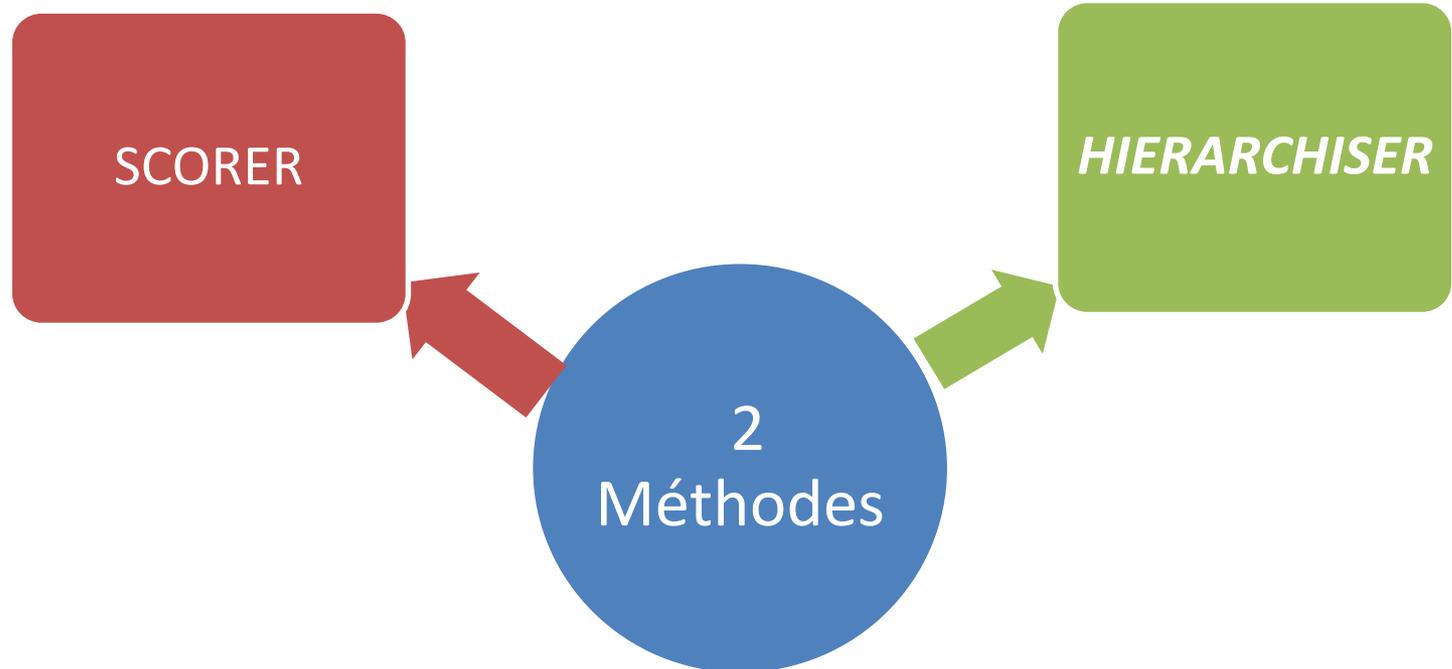
Opportunité



# COMMENT PRIORISER ?



# Comment *PRIORISER* ?



# Méthode 1

## ➤ La fréquence :

Très fréquent Quotidien	4	1 fois par jour au moins
Fréquent Souvent	3	1 fois par semaine
Peu fréquent Occasionnellement	2	1 fois par trimestre
Très peu fréquent Rare	1	1 fois par an
Jamais	0	

## ➤ La gravité :

Très grave	4	Décès
Grave	3	Menace pronostic vital handicap
Peu grave	2	Hospitalisation
Très peu fréquent Rare	1	Blessure, dommage physique ou moral

# Méthode 1

## *Situer le risque* diagramme de Farmer

GRAVITE					
Majeure	4	4	8	12	16
Importante	3	3	6	9	12
Modérée	2	2	4	6	8
Mineure	1	1	2	3	4
		1	2	3	4
		Très improbable	Improbable	Probable	Très
		PROBABILITE			
				Risque non acceptable	
		Risque acceptable			

Selon l'Institut Atlantique d'Aménagement du  
Territoire Région Charente- Poitou

# Méthode 2

**Faisabilité** : moyens à engager

- 1 : beaucoup de temps et de moyens, difficile à mettre en œuvre rapidement
- 2 : minimum d'investissement humain
- 3 : pas de moyens, facile à mettre en œuvre

**Criticité** : Impact sur la sécurité des soins

- 1 : criticité faible
- 2 : criticité moyenne => action à envisager
- 3 : criticité forte => actions prioritaire

**Impact** : Amélioration de l'image, cohérence des actions, cohésion de l'équipe.....

- 1 : faible
- 2 : moyen, à envisager à moyen terme
- 3 : impact fort

***Hierarchisation  
des actions  
Matrice multi  
critères :***

# Méthode 2

## Exemple de hiérarchisation des actions Matrice multi critères :

Projet action	Critères d'évaluation			Total	Rang
	Criticité	Faisabilité	Impact		
Hygiène des mains 0 bijoux	3	3	3	9	1
Port de tabliers à UU	2	1	3	6	3
Vaccination grippe professionnels	3	2	3	8	2

# Le plan d'action : le delai d'action

	Thèmes	Items	Commentaires	Actions	Priorité	Délai d'action	Responsable
	Moyens	Présence d'un référent en hygiène	présence d'un médecin Co convention avec ES pas de travail en réseaux avec équipe EOH il a des référents en hygiène	intégrer dans la fiche de poste des référents en hygiène leurs missions et le temps imparti pour cette fonction	H=8/9	4 trim 2017	
		Rapport annuel médical	Rapport comporte chapitre sur hygiène et risque infectieux	Inclure dans rapport le fait d'avoir fait le DARI		2017	
		enquête de prévalence	pas de participation	prévoir de participer à la prochaine		2017	
		Formation à la prévention des IAS	Formation n' est pas organisée	Prévoir la formation d'un à deux référents sur la prévention des IAS en EMS (formation CaPIAS) Journée de sensibilisation et réseau	H=8/9	OCT 2017-	
		Suivi BMR	politique de prise en charge des BMR est définie Prise en charge des résidents porteurs de BMR, est définie  CAT pour malnutrition /déshydratation EXISTE le suivi mensuel est organisé	Poursuivre les actions pour  - la prise en charge des patients porteurs de BMR et l'actualiser pour les BHe définir une politique de prise en charge		2017-2018	
	Antibiotiques	PROPIAS axe 2	Politique ATB définie Le protocole réévaluation de la prescription n'existe pas en prévoir un pour les IDE	poursuivre la mise en place de la politique de gestion des antibiotiques pour les IDE formaliser le protocole réévaluation de la prescription		2017-2018 4° trim. 2017	
	Tenue professionnelle	Règlement intérieur	Le port de la tenue professionnelle est décrite dans le règlement intérieur	Communiquer et inciter sur la mise disposition d'une tenue pour le personnel soignant et extérieur et respect du règlement intérieur		2017	

# Le plan d'action : les responsables

	Thèmes	Items	Commentaires	Actions	Priorité	Délai d'action	Responsable
	Moyens	Présence d'un référent en hygiène	présence d'un médecin Co convention avec ES pas de travail en réseaux avec équipe EOH il a des référents en hygiène	intégrer dans la fiche de poste des référents en hygiène leurs missions et le temps imparti pour cette fonction	H=8/9	4 trim 2017	Direction, IDEC Médecin Coordonnateur,
		Rapport annuel médical	Rapport comporte chapitre sur hygiène et risque infectieux	Inclure dans rapport le fait d'avoir fait le DARI		2017	
		enquête de prévalence	pas de participation	prévoir de participer à la prochaine		2017	
		Formation à la prévention des IAS	Formation n' est pas organisée	Prévoir la formation d'un à deux référents sur la prévention des IAS en EMS (formation CaPIAS) Journée de sensibilisation et réseau	H=8/9	OCT 2017-	
		Suivi BMR	politique de prise en charge des BMR est définie Prise en charge des résidents porteurs de BMR, est définie  CAT pour malnutrition /déshydratation EXISTE le suivi mensuel est organisé	Poursuivre les actions pour  - la prise en charge des patients porteurs de BMR et l'actualiser pour les BHe définir une politique de prise en charge		2017-2018	
	Antibiotiques	PROPIAS axe 2	Politique ATB définie Le protocole réévaluation de la prescription n'existe pas en prévoir un pour les IDE	poursuivre la mise en place de la politique de gestion des antibiotiques pour les IDE formaliser le protocole réévaluation de la prescription		2017-2018 4° trim. 2017	Médecin Coordonnateur Médecins traitants
	Tenue professionnelle	Règlement intérieur	Le port de la tenue professionnelle est décrite dans le règlement intérieur	Communiquer et inciter sur la mise disposition d'une tenue pour le personnel soignant et extérieur et respect du règlement intérieur		. 2017	Direction IDEC,



# Je vous remercie de votre écoute

