

Document d'aide à la mise en place de la démarche d'Analyse du Risque Infectieux DARI : Recueil, analyse, élaboration du plan d'action et suivi



09/01/2018

CPIAS Occitanie

DUCHEIN Patrick

Méthode de travail pour l'Accompagnement des EMS pour la réalisation du DARI

Table des matières

I.	Contexte	2
1.	Réglementaire	2
2.	Lié aux établissements et aux résidents.....	3
II.	Méthodologie de la démarche DARI et de la construction du plan d'actions.....	4
1.	Objectifs	4
a.	Objectifs globaux.....	4
b.	Objectifs opérationnels.....	4
2.	Prérequis	5
a.	L'évaluation des risques dans l'établissement	5
b.	La gestion des risques	5
c.	La communication interne et externe.....	5
3.	L'évaluation des risques dans l'établissement	6
4.	La gestion des risques	8
III.	Priorisation des actions	15
IV.	Evaluation et suivi des actions.....	18
V.	Communication interne/externe.....	18
VI.	Annexes	19

I. Contexte

1. Réglementaire

Le Programme national de Prévention des Infections dans le secteur médico-social 2011-2013 précise les actions à mener par les établissements médico-sociaux (EMS), notamment en matière d'évaluation de la maîtrise du risque infectieux et sa formalisation dans le document d'analyse du risque infectieux (DARI). La circulaire n °DGCS/GGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative à la mise en œuvre du programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013 incite les établissements à s'engager activement dans cette démarche. Cette volonté des tutelles a été réaffirmée dans l'instruction du 15 juin 2015 demandant qu'une première mesure accompagnée d'un plan d'action soit réalisée d'ici la fin 2018.

(<http://www.cpias.fr/nosobase/Rglementation/2016/instruction/15062016.pdf>)

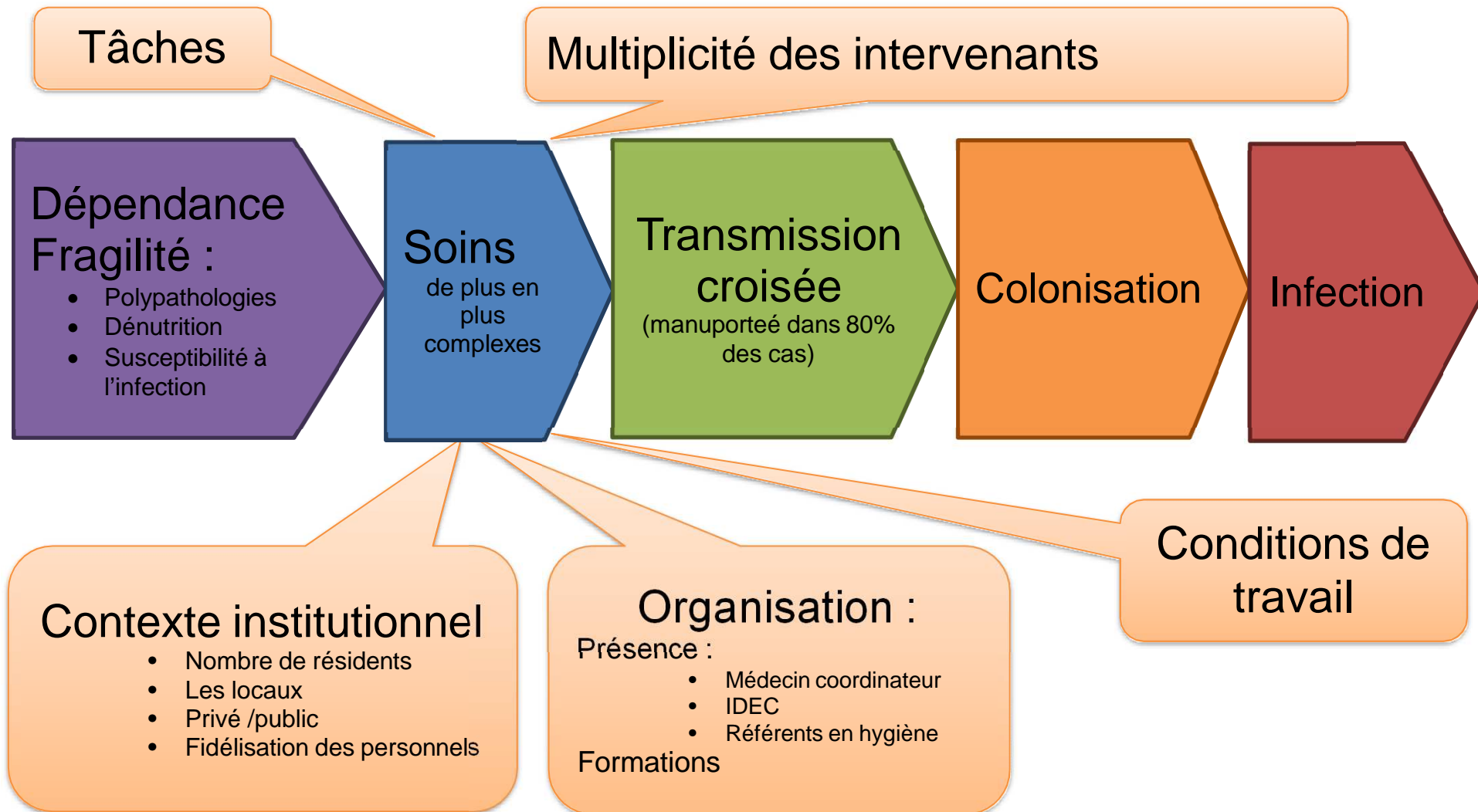
L'enjeu du programme est de mobiliser les établissements médico-sociaux sur la prévention et la maîtrise du risque infectieux pour une meilleure sécurité des résidents tout en tenant compte de leurs spécificités et des moyens disponibles.

L'option retenue est de promouvoir une démarche d'analyse du 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. La démarche est mise en place à partir du « document d'analyse de risque du risque infectieux » (DARI) et notamment du manuel d'auto-évaluation élaboré par le GREPHH.

Dans le cadre de ses missions, le CPIAS Occitanie peut accompagner les établissements médico-sociaux non adossés à un établissement de santé dans leur démarche d'auto-évaluation.

2. Lié aux établissements et aux résidents

Plusieurs facteurs influent sur le risque infectieux en établissement médico-social. Cette chaîne de l'infection présente les grandes étapes et les principaux facteurs influents. C'est autour de ces éléments que se construit le DARI.



II. Méthodologie de la démarche DARI et de la construction du plan d'actions

1. Objectifs

a. Objectifs globaux

- Favoriser une meilleure prise en compte du risque infectieux dans les établissements médico-sociaux
- Développer au sein de l'établissement une culture de qualité et de sécurité des soins.

b. Objectifs opérationnels

- Pour l'établissement :
 - Accompagner la réalisation du DARI
 - Définir pour chaque établissement un plan d'actions
 - Prioriser les actions
 - Assurer le suivi et l'évaluation du plan d'actions
- Pour le CPIAS
 - Participer à l'accompagnement de la gestion des événements infectieux : investigations, actions à mettre en œuvre et suivi en lien avec l'Agence Régionale de Santé.
 - Assurer conseil et assistance aux établissements
 - Répondre aux besoins en formation des référents

2. Prérequis

La démarche d'analyse des risques comporte trois étapes :

a. L'évaluation des risques dans l'établissement

Cf. L'évaluation des risques dans l'établissement p. 6

b. La gestion des risques

- Analyse du niveau de maîtrise du risque infectieux à l'aide de l'outil du GREPHH
- Élaboration d'un programme d'actions prioritaires et d'un calendrier
- Évaluation et suivi des actions

c. 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 **référent**
- 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 coordonnateur des soins (IDEC)

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) : référents IDE et AS en hygiène, responsables des services techniques, des cuisines, de la médecine préventive, de la blanchisserie, des services logistiques, ...
Ces personnes ressources pourront être sollicitées à titre individuel ou collectif, 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 intervenants 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.

3. L'évaluation des risques dans l'établissement

Afin d'évaluer le risque épidémique et plus largement certaines fonctions comme par exemple l'entretien des locaux, la maîtrise des précautions standards... il est proposé aux établissements de remplir le tableau 1 (voir annexe pour l'imprimer)

Tableau 1 :

Années		Infection respiratoire	Grippe	Gastro-entérite aigue	Gale	Légionnelle	Autre
2017	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	Commentaire						
2016	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	Commentaire						
2015	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	Commentaire						

Cet autre tableau permet de recenser les actes et soins à risque infectieux, mais également d'avoir un aperçu indirect des dispositifs médicaux utilisés utile pour prévenir les accidents d'exposition au sang par exemple. (Voir annexe pour l'imprimer)

Tableau 2 :

Actes médicaux invasifs	Fréquence			
	Jamais	Peu fréquent (quelques fois par an)	Fréquent (1 fois par mois)	Très fréquent (toutes les semaines)
Types d'actes				
Pose de cathéter périphérique				
Pose de cathéter sous cutané				
Soins de plaies étendues				
Sondage vésical				
Injections				
Autre 1				
Autre 2				
Autre 3				

4. La gestion des risques

i. L'évaluation

Le GREPHH met à disposition un outil d'évaluation du risque infectieux spécifique EHPAD (<http://www.grephh.fr/EHPAD-GREPHH.html>) et FAM MAS (<http://www.grephh.fr/FAM-MAS-GREPHH.html>)

Cet outil propose une évaluation du risque dans sept chapitres différents. Ils sont à saisir par la personne chargée du suivi de la démarche DARI en collaboration avec la ou les personnes référentes des domaines évalués (voir liste dans la partie prérequis). Les réponses sont la plupart du temps binaires (oui ou non) en fonction de l'existence ou non des documents évoqués.

NB : Pensez à cliquer sur activer les modifications pour entrer vos données.

2	 MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX: FAM et MAS Manuel d'auto-évaluation 	
3		
4		
5		
6		Menu principal
7		<i>Cliquer sur les liens (texte souligné en bleu)</i>
8		
9		
10		Fiche Etablissement
11		
12		Chapitre I - Les moyens de prévention dans l'établissement
13		
14		Chapitre II - Gestion de l'environnement et des circuits
15		
16		Chapitre III - Gestion du matériel de soins
17		
18		Chapitre IV - Gestion des soins
19		
20		Chapitre V - Les vaccinations contre les infections respiratoires
21		
22		Chapitre VI - Gestion des risques épidémiques
23		
24		Chapitre VII - Prévention des accidents d'exposition au sang
25		
26		
27		
28		Editer les Résultats
29		
30		

ii. Résultats :

Après avoir répondu aux différentes questions les résultats s'affichent chapitre par chapitre. Une fois tous les Items remplis un tableau récapitulatif dit « poster » permet de visualiser les résultats obtenus dans les différentes rubriques. Ils mettent en exergue les axes d'amélioration qui pourront être annotés dans leur globalité dans la partie Jaune. Cependant un plan d'action plus détaillé devra être élaboré.

► **CHAPITRE I - ORGANISATION DES MOYENS DE PREVENTION DANS L'ETABLISSEMENT**

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
1-Moyens	7	9	77,8
2-Surveillance / Alerte / Indicateurs	5	6	83,3
3-Antibiotiques	0	2	0,0
4-Tenue	6	7	85,7
Total	18	24	75,0

Vous avez obtenu un résultat de 75,0%

Votre score traduit un engagement fort de l'établissement dans la prévention des Infections Associées aux Soins. Le détail des résultats de ce chapitre peut encore vous permettre d'améliorer certains éléments de prévention.

Date de l'évaluation: 10/04/2017

Etablissement



Nombre total de lits EHPAD

150

Résultat global

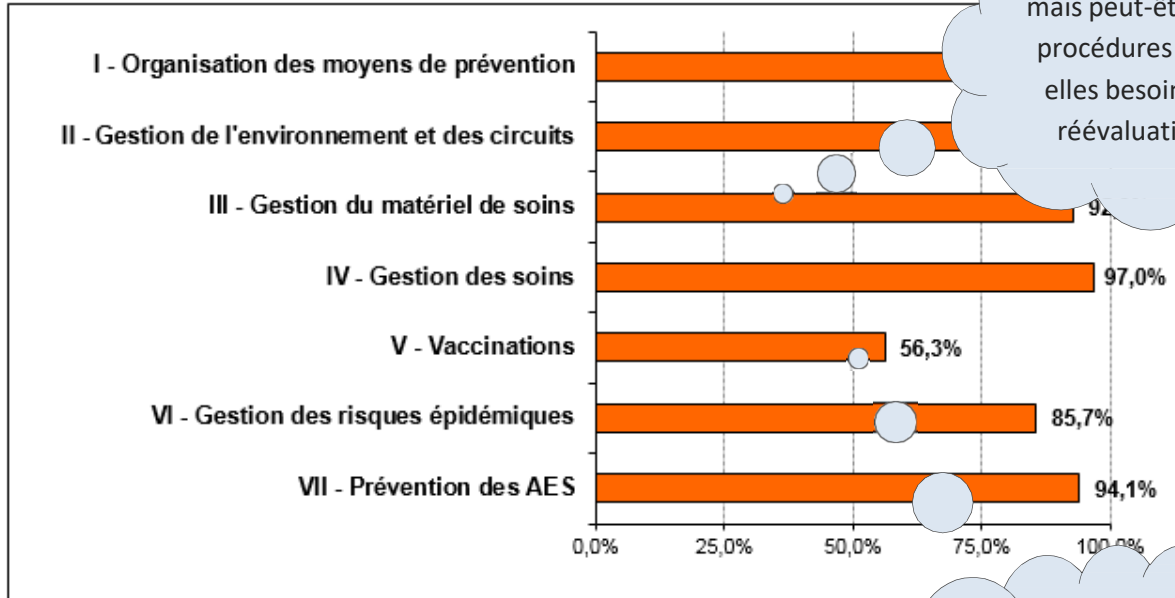
Vous obtenez un total de 168 points sur 203 attendus:

82,8%
d'objectifs atteints

L'établissement est engagé fortement dans la prévention des IAS et doit poursuivre dans cette voie.

Consultez les scores par chapitre

Résultats par chapitre des objectifs atteints (cible 100%)



Excellent score mais peut-être les procédures ont-elles besoin de réévaluation

Voir le détail des réponses qui font chuter le score : vaccination du personnel ???

Axes d'amélioration et commentaires

Ajouter les principaux axes d'amélioration

Les résultats détaillés figurent dans le rapport.

Version Janvier 2011

Le prochain paragraphe présentera un modèle de plan d'action avec une méthodologie pour prioriser les actions.

iii. *Élaboration d'un programme d'actions prioritaires*

L'intérêt de la démarche DARI est de faire un point sur le risque infectieux de l'établissement à un instant T mais aussi de poursuivre une démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des résidents.

L'outil d'évaluation du GREPHH nous permet de définir :

- des situations à risque ou un risque infectieux (non conformités réglementaires ...)
- des niveaux de maîtrise insuffisants (mauvaises pratiques de soins...)

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 (en particulier pour les actions prioritaires), les personnes référentes pour chaque action et les modalités d'évaluation des actions (périodicité, indicateurs, ...).








Concernant les actions prioritaires, une attention toute particulière sera portée aux points suivants :

- 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'information du personnel relative à l'antibiorésistance (axe II du PROPIAS) et aux bactéries multi résistantes ou hautement résistantes émergentes (en région, la possibilité de faire appel à la structure d'appui CPIAS).
- La sensibilisation des personnels à la vaccination antigrippale et anti-pneumocoque des résidents
- Le signalement des infections associées aux soins, conformément à la réglementation en vigueur
- 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 CPIAS Occitanie 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 (dans le format du comité de suivi du programme) et renforcer les mesures d'hygiène standard.


Un document « Plan local d'épidémie en EMS » est en cours de finalisation par l'ARS, la CIRE et le CPIAS Occitanie.

En document joint vous trouverez la proposition d'une trame de plan d'actions dont un extrait suit ci-après :

⊕ **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		2019	
		Formation à la prévention des IAS	Formation est 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 BHRé définir une politique de prise en charge		2017- 2018	
	Antibiotiques	PROPIAS axe 2	Politique ATB non définie Le protocole réévaluation de la prescription n'existe pas en prévoir un pour les IDE	Mettre en place une 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 les intervenants et respect du règlement intérieur		2017	Direction IDEC,

Légende par colonne




-  **Smiley** : pour un repère visuel et rapide du niveau d'atteinte de l'objectif. Leur couleur varie entre le vert, le jaune et le rouge pour signifier une situation à risque ou normale
- **Thème** : reprend celui inscrit dans l'outil GREPHH
- **Items** : détaille la partie du thème où se situe l'action
- **Commentaire** : reprend les points de l'évaluation ceux présents ainsi que les ceux sur lesquels il faudra travailler pour mener les actions
- **Action** : définit les objectifs à atteindre et formule les moyens pour les atteindre
- **Priorité** : en fonction de l'outil choisit (voir chapitre outils de priorisation) le score est rapporté dans cette colonne
- **Délai d'action** : fixe en équipe, la date butoir de réalisation de l'action est fixée en équipe au regard de la réalité du contexte réglementaire et de l'établissement
- **Responsable** : désigne-la ou les personnes missionnées pour le suivi de l'action

Une colonne évaluation peut être ajoutée pour le suivi des actions

Une fois tous les chapitres passés en revue un tableau de synthèse peut être établi voir exemple ci-après :

Il reprend après que le groupe ai décidé des actions prioritaires 3 à 4 maximum, quelques items du plan d'action. Les 3 ou 4 actions poursuivies sont annotées d'une étoile.

Plusieurs sites internet ou documents sont à disposition des EMS pour leur permettre d'avancer plus rapidement dans la concrétisation des actions comme par exemple les fiches pratiques EMS sur le site NOSOBASE rubrique Outil/reco, thème EHPAD/EMS

Thèmes	Items	Actions	Priorité	Délai d'acti on	Responsable	
Organisation	Référents	IDE et un AS référents en hygiène et à intégrer dans leur fiche de poste et définir un temps imparti à cette mission. Et Prévoir leur formation sur la prévention des IAS en EHPAD	H=7/9	2017-2018	Direction, IDEC Médecin Coordonnateur,	
 Antibiotiques	PROPIAS axe 2	Mettre en place une politique de gestion des antibiotiques pour les IDE formaliser le protocole réévaluation de la prescription		4° trim 2017	Médecin Coordonnateur Médecins traitants	http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2013/ATB_UtilisationATB_VDef.pdf
Entretien des Locaux		Informé le personnel Diminuer l'emploi des détergents/désinfectants sur les sols hors périodes d'épidémies.		2017 2017 18	Direction, gouvernante IDEC	http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/Entretien_Locaux_CPIASOc-NA_2017.pdf
 Restauration		Poursuivre la méthode HACCP Élaborer les protocoles de distribution des repas et atelier culinaire et CAT si dysfonctionnement des cuisines. Élaborer le protocole d'entretien des réfrigérateurs Penser à l'hygiène des mains des résidents avant et après le repas et lingette	2017 H= 7/9	2° sem. 2017	Direction, Responsable cuisine Gouvernante	http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/EMS_CCLinArlin.html
Déchets		réduire à un ramassage tous les mois des DASRI	2017 H= 7/9	2° sem. 2017	Direction, Responsable cuisine Gouvernante	http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/EMS_CCLinArlin.html
 Linge		Rédiger la procédure d'entretien du linge propre et sale pour les AS	2017	H= 7/9	Direction IDEC Gouvernante	http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/EMS_CCLinArlin.html
Dispositifs médicaux Matériel réutilisable	Urinaux, seaux de chaises percées et bassin et autre matériel	penser au protecteur de seaux et bassin en cas de BHRé ou épidémie de gastro-entérite et ou clostridium	2017-18	H = 7/9 H=8/9	Direction IDEC Med co Cadre	Fiches inter CCLIN EMS http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/EMS_CCLinArlin.html
Épidémie Gastro-entérite		Poursuivre formation et information des personnels Renforcer les précautions standards en plus de P complémentaires contact en cas d'épidémie Voir fiche ARLIN ARS	2017		Directeur médecin Coordonnateur, IDEC	https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2_IRA-CAT-Cas_groupes_IRA_nov2016.pdf

III. Priorisation des actions

- Pour assurer la sécurité et le confort des résidents de leur entourage et du personnel
- Pour répondre aux injonctions réglementaires

Hierarchiser les actions : il existe plusieurs façons de prioriser ces actions ici 2 sont présentées. Elles sont issues de **l'Institut Atlantique d'Aménagement du Territoire.**

Scorer :

- **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

Cette classification permet de Situer le risque sur le diagramme de Farmer.

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

Annotations :
 - Risque acceptable : cellules (3,1), (2,1), (2,2), (1,1), (1,2), (1,3), (1,4)
 - Risque non acceptable : cellules (4,2), (4,3), (4,4), (3,3), (3,4), (2,3), (2,4), (1,4)

Il est décidé en équipe pluridisciplinaire de la limite d'acceptation du risque.

Une autre méthode permet de prioriser les actions. Elle tient davantage compte des ressources de l'établissement et de l'engagement des équipes.

Hiérarchisation des actions Matrice multi critères :

- **Criticité** : Impact sur la sécurité des soins
 - 1 : criticité faible
 - 2 : criticité moyenne => action à envisager
 - 3 : criticité forte => actions prioritaire

- **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

- **Impact** : Amélioration de l'image, cohérence des actions, cohésion de l'équipe.....
 - 1 : faible
 - 2 : moyen, à envisager à moyen terme
 - 3 : impact fort

Exemple de hiérarchisation des actions avec une 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

IV. 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 hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains ou celle de tabliers de protection (toilette et les changes des résidents dépendants), le contrôle de relevé des températures d'eau ou des aliments lors du service des repas ...

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

V. Communication interne/externe

La personne désignée par le directeur de l'établissement pour coordonner la démarche DARI assurera la communication interne et externe. Pour se faire, il pourra s'aider des outils fournis par le GREPHH. Il assurera le lien avec les tutelles ou les structures d'appui si besoin ainsi que de la mise à jour des personnes référentes dans la démarche. Un exemplaire du document Excel de mesure peut être adressé au CPIAS Occitanie. Elle reste la propriété de l'établissement. Le CPIAS ne s'en servira que pour élaborer des statistiques générales et définir le thème d'intervention lors des réunions réseaux. Un annuaire national est maintenu à jour par les secrétariats des différents CPIAS.

Cette démarche DARI permet aussi de préparer et de passer les évaluations externes ou internes, dans leur partie : maîtrise des risques infectieux.

VI. Annexes

Tableaux d'évaluation du risque épidémique et infectieux de l'établissement :

Années		Infection respiratoire	Grippe	Gastro-entérite aigue	Gale	Légionnelle	Autre
2017	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	Commentaire						
2016	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	Commentaire						
2015	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	Commentaire						

Actes médicaux invasifs	Fréquence			
	Jamais	Peu fréquent (quelques fois par an)	Fréquent (1 fois par mois)	Très fréquent (toutes les semaines)
Types d'actes				
Pose de cathéter périphérique				
Pose de cathéter sous cutané				
Soins de plaies étendues				
Sondage vésical				
injections				
Autre 1				
Autre 2				
Autre 3				

Trame de plan d'action : Voir documents annexes

Références

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

Documents de référence et de fiches pratiques utiles a la poursuite des actions :

- Recommandations pour la prévention des infections dans les EHPAD. SF2H, ORIG, juin 2009.
- Maîtrise du risque infectieux en EHPAD. Fiches pratiques groupe inter CCLIN 2011 réactualisées , http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/EMS_CClinArlin.html
- Réactualisation des précautions standards SF2H, juin 2017
- Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact. SF2H, avril 2009.
- Actualisation des Précautions standard : Établissements de santé Établissements médicosociaux Soins de ville JUIN 2017
- Prévention de la transmission croisée par voie respiratoire : Air ou Gouttelettes SF2H, Mars 2013
- Recommandations pour l'hygiène des mains. SFHH, juin 2009.
- Fiche technique n°7 "Gestion des excréta dans les établissements de santé et médico-sociaux" du C.CLIN Paris Nord, juin 2010.
- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins – Sept 2010 SFHH

Maîtrise du risque infectieux en établissement médico-social

Les établissements médico sociaux, ont été incités à développer l'évaluation des pratiques en vue de prévenir et maîtriser le risque infectieux.

Pour aider les établissements dans la démarche, un manuel national d'autoévaluation de la Maîtrise du risque infectieux en EHPAD (2011) puis des MAS-FAM (2013), ont été réalisés par le GREPHH. Ces outils d'auto évaluation ont permis de mettre en exergue les points forts et les points faibles de leur organisation pour dégager ensuite leur programme d'actions prioritaires.

Outils d'évaluation

Maîtrise du risque infectieux en EHPAD

- Manuel d'auto-évaluation - 2011 - 
- Présentation - 2011 - 
- Outil informatique - 2011 - 
- Guide d'utilisation de l'outil informatique - 2011 - 

Maîtrise du risque infectieux en FAM et MAS

- Manuel d'auto-évaluation - 2012 - 
- Présentation - 2012 - 
- Outil informatique - 2012 - 
- Guide d'utilisation de l'outil informatique - 2012 - 

SOMMAIRE

Chapitre I - Organisation des moyens de prévention dans l'établissement

Moyens :

- 👁️ Correspondant en hygiène : IDE ou AS ou Agent de service hôtelier ou logistique - 2015
- 👁️ Mission de l'équipe mobile d'hygiène dans les EHPAD - 2013
- 👁️ Projet de convention relative à la prévention des risques infectieux dans les EHPAD - 2015
- 👁️ Rapport d'activité médicale - Volet infectieux - 2015
- 👁️ Référent médical en hygiène : médecin coordonnateur - 2015
- 👁️ Référent paramédical en hygiène : cadre de santé ou Infirmier - coordonnatrice ou IDE - 2015

Formation :

- 👁️ Programme de formation "Médicaux" - V1 - 2010
- 👁️ Programme de formation "Paramédicaux" - V1 - 2010

Surveillance - Alerte - Indicateurs :

- 👁️ Tenue professionnelle dans les établissements - 2015

✓ CPIAS Occitanie

<https://cpias-occitanie.fr/outils-cpias-occitanie/document-daide-a-la-mise-en-place-de-la-demarche-danalyse-du-risque-infectieux-dari-recueil-analyse-elaboration-du-plan-daction-et-suivi/>



Animation – Formation >

Surveillance et évaluation >

Alerte et signalement >

Outils >

Agenda

Actualités

 Soins de Ville

Document d'aide à la mise en place de l'Analyse du Risque Infectieux DARI

Document d'aide à la mise en place du DARI en EMS (2018)





Ce document d'aide à la mise en place de la démarche d'analyse du risque infectieux, proposé par le CPIAS Occitanie est là pour vous aider à répondre à l'Instruction n° DGCS/SPA/2016/195 du 15 juin 2016 .

Elle demande aux établissements médico-sociaux d'avoir réalisé une mesure du risque infectieux, des moyens de prévention existant (manuel d'auto-évaluation GREPHH) et d'avoir élaborer un plan d'action avant la fin décembre 2018.

Après un bref rappel des objectifs du DARI, ce

document vous facilitera **le recueil, l'analyse, la rédaction du plan d'action et le suivi** de cet outil d'auto-évaluation pour les EHPAD (outil Grephh) et les FAM MAS (outil Grephh) destiné à l'amélioration de la sécurité et qualité de vie de vos résidents.

Documents en lien

-  Document d'aide à la mise en place de la démarche d'Analyse du Risque Infectieux DARI
-  Plan d'actions DARI EHPAD



(site documentaire sur la prévention du risque infectieux associé aux soins)

Site de Toulouse
Hôpital Purpan
Pavillon Administratif - Annexe II
Place du Docteur Baylac. TSA 40031
31059 Toulouse Cedex 9
Tél. 05 61 77 20 20
cpias-occitanie@chu-toulouse.fr

Site de Montpellier
Hôpital La Colombière
Pavillon 7
39 avenue Charles Flahault
34295 MONTPELLIER Cedex 5
Tél. 04 67 33 74 69
cpias-occitanie@chu-montpellier.fr

Suivez-nous sur Twitter



[@CPIASOccitanie](https://twitter.com/CPIASOccitanie)

