

# Document d'aide à la mise en place de la démarche d'Analyse et de Maitrise du Risque Infectieux (DAMRI) : Recueil, analyse, priorisation du plan d'action et suivi



18/01/2023

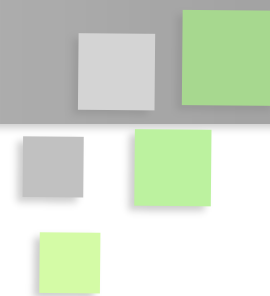
**CPIAS Occitanie**

**DUCHEIN Patrick**

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

## Table des matières

I.	Contexte .....	2
1.	Réglementaire .....	2
2.	Lié aux établissements et aux résidents.....	3
II.	Méthodologie de la démarche DAMRI 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 .....	13
IV.	Evaluation et suivi des actions .....	17
V.	Communication interne/externe.....	17
VI.	Pour aller plus loin dans la démarche : .....	18
VII.	Annexes.....	19



## I. Contexte

### 1. Réglementaire

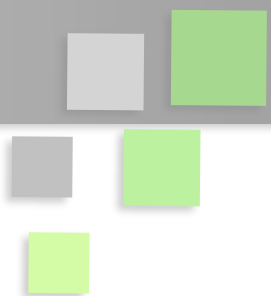
Le Programme national de Prévention des Infections dans le secteur médico-social 2011-2013 précise les actions à mener par les établissements médico-sociaux (EMS), notamment en matière d'évaluation de la maîtrise du risque infectieux et sa formalisation dans le document d'Analyse et de Maitrise du Risque Infectieux (DAMRI). 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.

( <http://www.cpias.fr/nosobase/Reglementation/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.

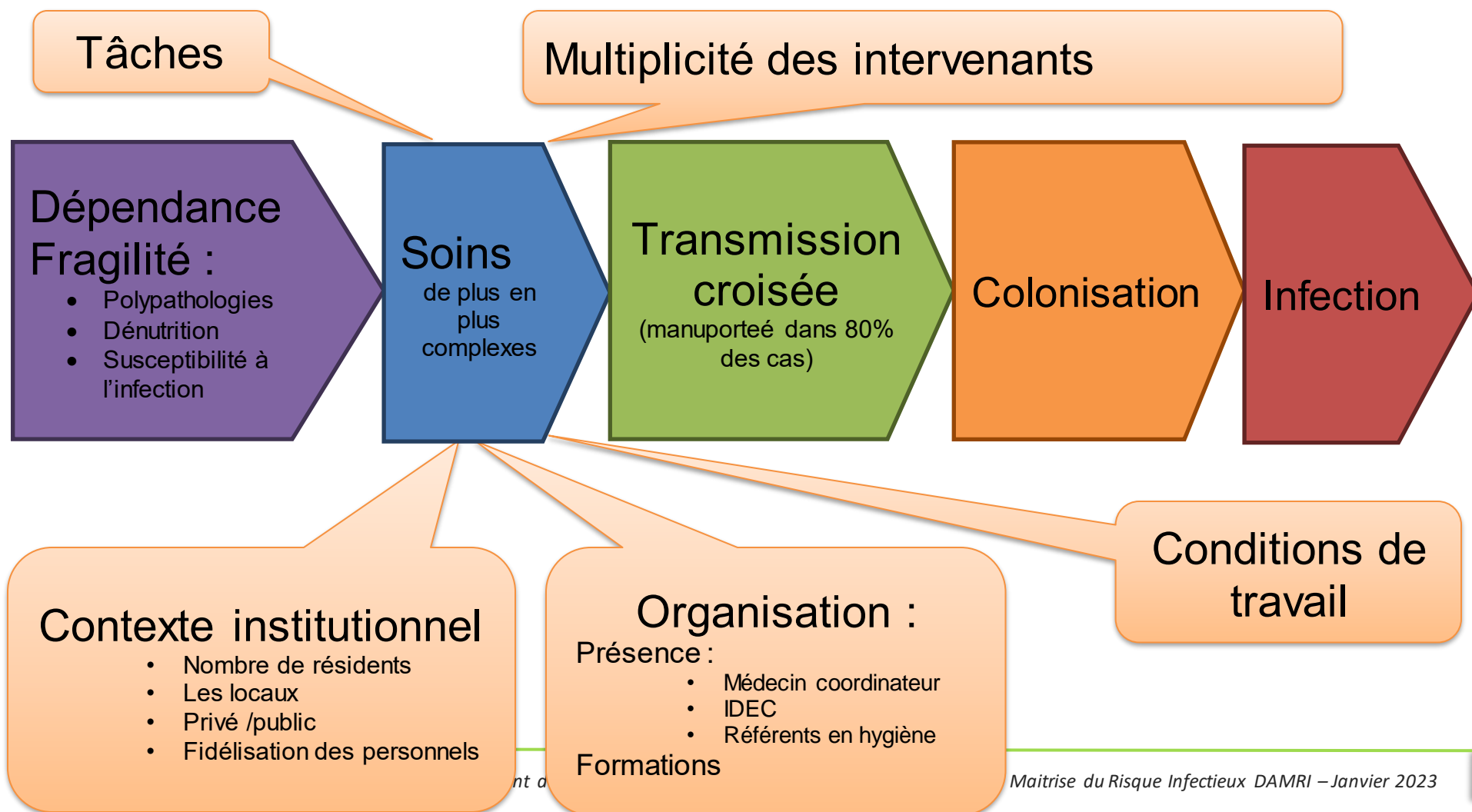
L'option retenue est de promouvoir une démarche d'analyse et de maîtrise du risque qui permette à chaque établissement d'évaluer le risque infectieux au regard de la situation épidémiologique et d'apprécier son niveau de maîtrise afin d'élaborer ou adapter son programme d'action. La démarche est mise en place à partir du « [document d'analyse et de maitrise du risque du risque infectieux](#) » (DAMRI) et notamment à l'aide du logiciel élaboré par un groupe national inter-cpias et équipes mobiles d'hygiène (EMH).

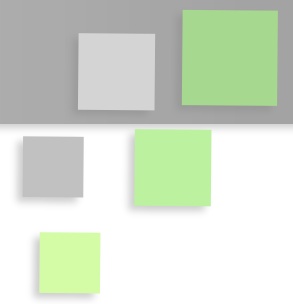
Dans le cadre de ses missions, le CPIAS Occitanie peut accompagner les établissements médico-sociaux non adossés à un établissement de santé ou non conventionné avec une EMH dans leur démarche d'auto-évaluation.



## 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 DAMRI.





## II. Méthodologie de la démarche DAMRI 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 :	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accompagner la réalisation du DAMRI</li><li>• Définir pour chaque établissement un plan d'actions</li><li>• Prioriser les actions</li><li>• Assurer le suivi et l'évaluation du plan d'actions</li></ul>
➤ Pour le CPIAS	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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</li><li>• Assurer conseil et assistance aux établissements</li><li>• Répondre aux besoins en formation des référents</li></ul>
➤ Pour les EMH	<ul style="list-style-type: none"><li>• Accompagner l'établissement à la réalisation du DAMRI</li><li>• Définir les priorités du plan d'actions pour chaque établissement</li><li>• Assurer le suivi et l'évaluation du plan d'actions</li><li>• Réaliser des audits et des évaluations de pratiques</li></ul>

## 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 du [logiciel DAMRI](#)
- Structuration 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), d'un **cadre infirmier** ou d'un infirmier coordonnateur des soins (IDEC) et **l'EMH**
- Le directeur réalise l'inscription de l'établissement sur le logiciel DAMRI, définit les personnes habilitées à se connecter dans le logiciel et leur accorde les droits. Il existe 4 niveaux : lecture, écriture, validation et administration

En premier lieu, ce comité devra :

- Établir le calendrier du déroulement de la démarche au regard des moyens disponibles et des différentes étapes de la démarche
- Identifier les personnes ressources pour chacun des items (cf. chapitres ci-dessous et logiciel DAMRI (BFC)) : 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
2021	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	Commentaire						
2022	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	Commentaire						
2023	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 [logiciel DAMRI](#) met à disposition un outil d'évaluation du risque infectieux commun aux EHPAD, FAM, MAS, IEM, SSIAD ....

Cet outil propose une évaluation du risque dans 8 chapitres différents. Le chapitre 1 représente le socle de la démarche. Il reprend les incontournables de la prévention du risque infectieux dans les ESMS. Il est le chapitre obligatoire et opposable. Ils sont à saisir par la personne chargée du suivi de la démarche DAMRI 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. Les autres chapitres vont plus loin dans la démarche, ils s'appuient sur la cartographie des risques et permettent de réaliser des audits d'observation de bonnes pratiques... et intègrent la notion de ré sident traceur.

The screenshot displays the DAMRI software interface. At the top, there is a navigation bar with icons for ANALYSE, CARTOGRAPHIE, AMELIORATION, and MAITRISE. Below this, there are buttons for 'S'INSCRIRE' and 'SE CONNECTER'. The main header reads 'DAMRI - Démarche d'Analyse et Maîtrise du Risque Infectieux' and includes tabs for 'PRÉSENTATION', 'AUTO ÉVALUATION', 'PLAN D'ACTION', and 'AUDIT SYSTÈME'. The 'TABLEAU DE BORD' (Dashboard) section features a circular diagram titled 'LES 8 CHAPITRES' with eight segments: 1. ORGANISATION PMRI, 2. SOINS, 3. ENVIRONNEMENT, 4. RESTAURATION, 5. LINGE, 6. ENTRETIEN DES LOCAUX, 7. ANIMATION VIE SOCIALE, and 8. GESTION EPIDEMIE. To the right of the diagram is a list of sub-topics for 'CHAPITRE 1 : ORGANISATION PMRI', each with a status indicator 'En cours' (In progress).

CHAPITRE 1 : ORGANISATION PMRI	Statut
Ressources humaines et organisation pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux	En cours
Incontournables de la politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux	En cours
Moyens et matériels mis à disposition	En cours
Surveillance / Signalement	En cours
Formations	En cours
Indicateurs	En cours
Risque infectieux et vaccination	En cours
Prévention de l'antibiorésistance	En cours

Après que le directeur se soit inscrit et ai donné les droits, la personne en charge de la mesure renseigne le 1<sup>er</sup> chapitre : « Organisation PMRI » sur l'interface telle que ci-dessous :

The screenshot displays the DAMRI web interface. At the top, there is a navigation bar with icons for ANALYSE, CARTOGRAPHIE, AMELIORATION, and MAITRISE. Below this, a dark blue header contains the text 'DAMRI - Démarche d'Analyse et Maîtrise du Risque Infectieux' and several menu items: PRÉSENTATION, AUTO ÉVALUATION, PLAN D'ACTION, and AUDIT SYSTÈME. A message states: 'Pour procéder à l'évaluation et enregistrer vos résultats, vous devez être connecté.' with a link for 'Identification'. The main content area is titled 'ORGANISATION PMRI : RESSOURCES HUMAINES ET ORGANISATION POUR LA PRÉVENTION ET LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX'. It includes an introductory paragraph and a section for 'MOYENS HUMAINS /ORGANISATION' with three questions, each with 'OUI' and 'NON' radio button options.

**ORGANISATION PMRI**

Ressources humaines et organisation pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux

Incontournables de la politique de prévention et de maîtrise du risque infectieux

Moyens et matériels mis à disposition

Surveillance / Signalement

Formations

Indicateurs

Risque infectieux et vaccination

Prévention de l'antibiorésistance

**ORGANISATION PMRI : RESSOURCES HUMAINES ET ORGANISATION POUR LA PRÉVENTION ET LA MAÎTRISE DU RISQUE INFECTIEUX**

Le chapitre « ORGANISATION PMRI » est inaugural de l'entrée dans la démarche DAMRI. Il permet de documenter les éléments fondamentaux (organisation, moyens humains & matériels) mis en place dans l'établissement pour la prévention et la maîtrise du risque infectieux. Les 8 thématiques qui le composent doivent être renseignées avant de passer aux chapitres suivants.

**MOYENS HUMAINS /ORGANISATION**

L'établissement dispose d'un temps de professionnel médical pour la prise en charge de la PMRI

OUI  NON

L'établissement dispose d'un temps de professionnel paramédical en charge de la PMRI

OUI  NON

L'établissement identifie un ou plusieurs professionnel(s) référent(s)/correspondant(s) pour la PMRI

Pour vous aider dans le remplissage un guide de remplissage est télé chargeable sur la page du guide du site : <https://damri.chu-besancon.fr/>

## GUIDE DE REMPLISSAGE

Pour standardiser le recueil des informations, un guide de remplissage est disponible.

Télécharger

Une aide en ligne lors de la saisie est également disponible. Cette aide en ligne est matérialisée avec le bouton ?

ii. Résultats :

Après avoir répondu aux différentes questions des cercles permettent de visualiser l'avancée dans le questionnaire. De même des % et un code couleur donnent le niveau d'atteinte de maîtrise du risque.





MON COMPTE

UTILISATEURS

DÉCONNECTER

## DAMRI Démarche d'Analyse et Maîtrise du Risque Infectieux

PRÉSENTATION

AUTO ÉVALUATION

PLAN D'ACTION

AUDIT SYSTÈME

Cet outil d'évaluation s'inscrit dans la continuité de la démarche d'analyse du risque infectieux (DARI) mise en place depuis 2012 (circulaire du 15 mars 2012). Son objectif est de permettre à tout établissement médico-social (EMS) de cartographier son risque infectieux, de mesurer son niveau de maîtrise et de mettre en place un plan d'actions d'amélioration, le hiérarchiser et communiquer.

### PLAN D'ACTION

Le plan d'action a pour but de rassembler toutes les actions qu'il est nécessaire de mener pour améliorer la maîtrise du risque infectieux dans votre établissement médico-social. Il sera hiérarchisé afin de prioriser et d'optimiser les actions à mener. Chaque action réalisée vous permettra d'améliorer la note de votre établissement. Les actions réglementaires sont à traiter en priorité afin de vous mettre en ordre avec la législation.

#### ORGANISATION PMRI

##### Ressources humaines et organisations en prévention du risque infectieux (PRI)

Vos résultats sont moyennement satisfaisants. Optimisez-les en travaillant les points suivants.

###### ORGANISATION

**RÉGLEMENTAIRE** Identifier une personne référente en hygiène (un IDE et/ou un AS ou AMP) pour la mise en place du plan d'action. Idéalement il serait souhaitable d'identifier un binôme avec un professionnel paramédical et un professionnel éducatif. La plus value étant l'articulation entre les deux modes de prise en charge afin d'optimiser l'application des mesures de prévention du risque infectieux sans faillir à la finalité de la prise en charge des résidents.

VALIDER L'ACTION

**RÉGLEMENTAIRE** S'appuyer sur un professionnel médical pour inscrire un volet hygiène et risque infectieux dans le rapport annuel médical (formation des personnels, surveillance des éventuelles épidémies, vaccination, bactéries multi-résistantes, prévention de l'antibio-résistance ...).

VALIDER L'ACTION

**RECOMMANDÉ** Identifier et s'appuyer sur un professionnel formé en PRI (DUHH, master...) de manière à bénéficier d'un appui expertal en hygiène.

VALIDER L'ACTION

**RECOMMANDÉ** Définir pour le ou les professionnel(s) ayant en charge la PRI leurs missions dans cette mission et le temps qui y est spécifiquement dédié

VALIDER L'ACTION

###### PROCÉDURE

**RÉGLEMENTAIRE** Valider le plan d'action d'amélioration élaboré à l'issu de cette évaluation

VALIDER L'ACTION

**RECOMMANDÉ** Veiller à ce que le risque infectieux soit pris en compte par chaque prestataire qui intervient dans l'établissement, à la fois au moment de la signature de la convention et à chacune de ses interventions dans l'établissement.

VALIDER L'ACTION

##### Les incontournables de la politique de prévention du RI

Vos résultats sont satisfaisants. Continuez à vous améliorer en travaillant les points suivants.




###### ORGANISATION

**RÉGLEMENTAIRE** Mettre en place le carnet sanitaire de l'eau. Selon la réglementation et en particulier l'arrêté du 1er février 2010 relatif à la

VALIDER L'ACTION

Un plan d'actions est proposé affichant ce qui relève du réglementaire et du recommandé

Dans le plan d'actions il est bon de prioriser les actions et d'en sélectionner 2 ou 3 maximum dans l'année. La priorisation se fera suivant la fréquence/gravité ou le diagramme de Farmer.

Thèmes	Items	Actions	Priorité	Délai d'action	Responsable	
<b>Organisation</b>	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,	
 <b>Antibiotiques</b>	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	<a href="http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2013/ATB_UtilisationATB_VDef.pdf">http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2013/ATB_UtilisationATB_VDef.pdf</a>
<b>Entretien des Locaux</b>		Informé le personnel Diminuer l'emploi des détergents/désinfectants sur les sols hors périodes d'épidémies.		2017  2017 18	Direction, gouvernante IDEC	<a href="http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/Entretien_Locaux_CPIASOc-NA_2017.pdf">http://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/cclin_arlin/Entretien_Locaux_CPIASOc-NA_2017.pdf</a>
 <b>Restauration</b>		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	<a href="http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/EMS_CCLinArlin.html">http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/EMS_CCLinArlin.html</a>
 <b>Linge</b>		Rédiger la procédure d'entretien du linge propre et sale pour les AS	2017	H= 7/9	Direction IDEC Gouvernante	<a href="http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/EMS_CCLinArlin.html">http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/EMS_CCLinArlin.html</a>
<b>Dispositifs médicaux Matériel réutilisable</b>	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 <a href="http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/EMS_CCLinArlin.html">http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/EMS_CCLinArlin.html</a>
<b>Épidémie Gastro-entérite</b>		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	<a href="https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2_IRA-CAT-Cas_groupes_IRA_nov2016.pdf">https://www.occitanie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/2_IRA-CAT-Cas_groupes_IRA_nov2016.pdf</a>

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 du [CPias national](#) ou alors un accès direct se trouve sur la page d'accueil du DAMRI

## BOÎTE À OUTILS

Lien sur les fiches pratiques,  
RéPias, 2022

Télécharger

Premier référentiel national d'évaluation de la qualité dans  
le social et médico-social publié, HAS, 2022

Accéder

Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections  
et de l'antibiorésistance, Ministère de la Santé, 2022

Télécharger

### 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

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 probable
		PROBABILITE			

Risque acceptable (pour les cellules 3, 2, 1, 2, 3, 4)

Risque non acceptable (pour les cellules 8, 12, 16, 9, 6, 8, 12)

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.

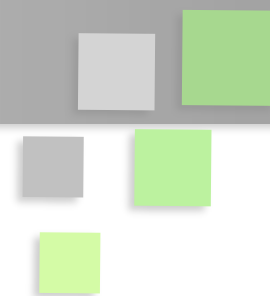
### **Hiérarchisation des actions Matrice multi critères :**

- **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 change s 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 d es précautions standard.

## V. Communication interne/externe

La personne désignée par le directeur de l'établissement pour coordonner la démarche DAMRI 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 DAMRI permet aussi de préparer et de passer les évaluations externes ou internes, dans leur partie : maîtrise des risques infectieux.

## VI. Pour aller plus loin dans la démarche :

Outils à disposition : l'audit système et le patient traceur

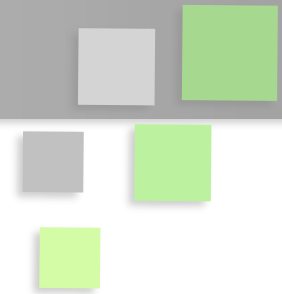
DAMRI. Démarche d'Analyse et Maîtrise du Risque Infectieux		PRÉSENTATION	AUTO ÉVALUATION	PLAN D'ACTION	AUDIT SYSTÈME
Cet outil d'évaluation s'inscrit dans la continuité de la démarche d'analyse du risque infectieux (DARI) mise en place depuis 2012 (circulaire du 15 mars 2012). Son objectif est de permettre à tout établissement médico-social (EMS) de cartographier son risque infectieux, de mesurer son niveau de maîtrise et de mettre en place un plan d'actions d'amélioration, le hiérarchiser et communiquer.					
<h3>AUDIT SYSTÈME</h3>					
L'audit système vous permettra de réaliser une enquête complémentaire auprès des professionnels intervenant dans l'EMS afin de vérifier que les règles et procédures programmées sont bien effectives sur le terrain. Chaque question est classée par chapitre/thématique et hiérarchiser selon le type de professionnel à auditionner.					
<b>ORGANISATION PMRI</b>					
<b>Ressources humaines et organisations en prévention du risque infectieux (PRI)</b>					
<b>PROFESSIONNELS MÉDICAUX</b>	Disposez-vous d'un volet RI dans votre programme d'activité au sein de l'EMS ?	Non			
<b>DIRECTION ENCADREMENT</b>	Disposez-vous d'un temps dédié au volet RI dans votre programme d'activité au sein de l'EMS ?	Oui, le jeudi après midi			
	Avez-vous pu mettre en place un comité de suivi ou équivalent et à quel rythme s'est-il tenu ?	Oui, une fois par an			
<b>Les incontournables de la politique de prévention du RI</b>					
<b>PROFESSIONNELS</b>	SOIN / LOGISTIQUE : Connaissez vous les prérequis à l'hygiène des mains (mains sans bijoux ni montre, cheveux attachés...)?				

## VII. Annexes

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

Années		Infection respiratoire	Grippe	Gastro-entérite aigue	Gale	Légionnelle	Autre
2021	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	<b>Commentaire</b>						
2022	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	<b>Commentaire</b>						
2023	Nombre d'épisode(s)						
	Durée de chaque épisode						
	Nombre de cas par épisode						
	<b>Commentaire</b>						

Actes médicaux invasifs	Fréquence			
	Jamais	Peu fréquent (quelques fois par an)	Fréquent (1 fois par mois)	Très fréquent (toutes les semaines)
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 de s 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](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

**Site web** (pour retrouver l'ensemble des documents cités ci-dessus)

- ✓ CPias Occitanie [www.cpias-occitanie.fr](http://www.cpias-occitanie.fr)
- ✓ DAMRI <https://damri.chu-besancon.fr/>
- ✓ CPias National [https://www.cpias.fr/EMS/referentiel/fiches\\_cpias.html](https://www.cpias.fr/EMS/referentiel/fiches_cpias.html)
- ✓ RéPias <https://www.preventioninfection.fr/base-documentaire/>



Site de Toulouse  
Hôpital Purpan  
Pavillon Leriche – 1<sup>er</sup> étage  
Place du Docteur Baylac. TSA 40031  
31059 Toulouse Cedex 9  
Tél. 05 61 77 20 20  
[cpias-occitanie@chu-toulouse.fr](mailto: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](mailto:cpias-occitanie@chu-montpellier.fr)

Suivez-nous sur Twitter   
[@CPIASOccitanie](https://twitter.com/CPIASOccitanie)