**Recueil des indicateurs en EHPAD**

**Année 2017**

**Il est souhaitable de conserver les documents « preuves » pour certains items.**

**1° Identification de l’EHPAD**

Nom de l’EHPAD………………………………………………………………………………………………

Adresse …………………………………………………………………………………………………………

Capacité de lits en Hébergement permanent

Capacité de lits en hébergement Temporaire

Capacité de lit en accueil de jour

**2° Coordonnées du déclarant**

Nom, Prénom …………………………………………………………………………………………………

Fonction ………………………………………………………………………………………………………..

Adresse mail …………………………………………………………………………………………………..

Téléphone ……………………………………………………………………………………………………..

**3° Nombre de journées réalisées** (**données indispensables** pour le calcul des indicateurs)

Nombre de journées facturées issues de **l’ERRD (état réalisé des recettes et des dépenses de 2017)\***

\*Inclure les journées d'hébergement temporaire et ne pas inclure l’activité des accueils de jour

**4° Organisation**

4-1 Disposez-vous de l’intervention d’une Equipe d'Hygiène = menu déroulant

* Equipe opérationnelle d’hygiène (EOH)
* Par convention d’une Equipe mobile d’hygiène (EMH)
* (menu déroulant avec la liste des EMH)
* Pas d'intervention d'EOH ou d'EMH

4-2 Un référent médical[[1]](#footnote-1) (responsable mandaté) pour les EHPAD non gérés par un établissement de santé ou un responsable infectiovigilance/ président CLIN pour les EHPAD gérés par un établissement de santé est **désigné** au titre de la politique de prévention du risque infectieux dans votre établissement (hors praticien EMH/EOH)

* Oui (document preuve)
* Non

Si oui, est-il formé □ oui □ non

4-3 Un référent paramédical[[2]](#footnote-2) (IDEC, Cadre de santé) est **désigné** au titre de la politique de prévention du risque infectieux dans votre établissement.

* Oui (document preuve)
* Non

Si oui, est-il formé2 □ oui □ non

4-4 Des correspondants en hygiène3 (IDE, ASD, ASH) sont

Identifiés □ oui (document preuve) □ non

Formés □ oui tous □ oui certains d’entre eux □ non aucun

4-5 Un comité de suivi du risque infectieux ou équivalent4 pour les EHPAD non gérés par un établissement de santé ou un CLIN pour les EHPAD gérés par un établissement de santé s’est réuni au moins 1 fois dans l’année

* Oui (document preuve)
* Non

4-6 Un volet infectieux5 existe dans le plan bleu / plan blanc pour les EHPAD gérés par un établissement de santé

* Oui complet, si tous les items de la liste de contrôle des éléments constitutifs du volet infectieux du plan bleu sont présents (document preuve)
* Oui partiel, si les items de la liste de contrôle des éléments constitutifs du volet infectieux du plan bleu ne sont pas tous présents (document preuve)
* Non

4-7 Dans le cadre de l’élaboration du DARI, l’autoévaluation du GREPHH « Maîtrise du risque infectieux en EHPAD » ou équivalent (cartographie des risques) a été réalisée au moins 1 fois

* Oui (document preuve)
* Non

4-8 Un programme d’actions annuel ou pluriannuel a été élaboré

* Oui (document preuve)
* Non

4-8 bis Si oui est-il mis en œuvre ?

* Oui, même partiellement (document preuve)
* Non

4-9 Visites de l’équipe d’hygiène

4-9-1 En cas de gestion d’alertes sanitaires (épidémie IRA, GEA, alerte légionnelle…)

* Oui
* Non

4-9-2 Programmées, hors alertes sanitaires

* Oui
* Non

4-10 L’établissement organise des formations annuelles sur le thème de la prévention du risque infectieux

* Oui incluses dans le plan de formation
* Oui hors plan de formation
* Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **5° Suivi de l’activité** | **Réponses** | | **Commentaire** |
| **5-1 Gestion des épidémies IRA/ GEA** | **Infections respiratoires aigües (IRA)** | **Gastro-entérites aigües (GEA)** |  |
| Nombre épidémies dans l’année répondant aux critères de signalement  (au moins 5 cas d’IRA ou 5 cas de GEA chez les résidents dans un délai de 4 jours ou 2 cas  d’infections à *Clostridium difficile)* |  |  |  |
| Taux d’attaque (nombre de cas sur le nombre total de résidents) à renseigner pour chaque épidémie | **Double cliquer dans le tableau pour rentrer vos données.**  **Sinon faire le calcul : nb cas x 100/nb total résidents.** | **Double cliquer dans le tableau pour rentrer vos données.**  **Sinon faire le calcul : nb cas x 100/nb total résidents.** |  |
| **5-2 Hygiène des mains** | | | |
| ICSHA (indice de consommation de solutions hydro-alcooliques) calculé sur la base d'un objectif de 4 frictions (une friction correspond à un volume 0.003L de produit hydro-alcoolique) par résident et par jour. Il est exprimé en un pourcentage d'atteinte de l'objectif.  \*Consommation (en litre) annuelle de solutions hydro-alcooliques (estimée d'après les achats)  \*\*Consommation théorique (0.003L x 4 x nombre de journées réalisées)  \*\*\*Pourcentage de l’objectif :  SHA consommée  (consommation annuelle en L)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Consommation théorique de SHA  \*\*\*\*Nb de frictions réalisées par les professionnels/jour/résident  (pourcentage atteinte de l’objectif x 4 frictions/j/résident) | **Double cliquer dans le tableau pour rentrer vos données.**  **Sinon, faire le calcul : conso annuelle SHA x 100/conso SHA théorique.** | |  |
| **5-3 Vaccination** | | | |
| Nombre total de résidents |  | |  |
| Nombre de résidents vaccinés  **par injection** contre la grippe saisonnière | **Double cliquer dans le tableau pour rentrer vos données.**  **Sinon, faire le calcul : nb résidents vaccinés x 100/nb total résidents.** | |  |
| **Pourcentage de résidents vaccinés par injection** **contre la grippe saisonnière** |  | |  |
| Nombre total de professionnels salariés de l’EHPAD (toutes catégories professionnelles confondues) |  | |  |
| Nombre de personnel vacciné **par injection** contre la grippe saisonnière | **Double cliquer dans le tableau pour rentrer vos données.**  **Sinon, faire le calcul : nb personnel vacciné x 100/nb total personnel.** | |  |
| **Pourcentage de personnel vacciné par injection contre la grippe saisonnière** |  | |  |

Une politique d’identification des résidents ayant une indication de vaccination anti-pneumoccique est en place

(calendrier vaccinal)

Oui

Non

Si oui, nombre de résidents ayant une indication

Nombre de résidents vaccinés ayant une indication

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **5-4 Surveillance environnementale :** document preuve pour chaque item | | |
| Une **surveillance mensuelle** de la température de l'eau chaude est effectuée :  - en sortie de production d'Eau Chaude Sanitaire (ECS) (mise en distribution)  - en retour(s) de boucle(s) (retour général),  - au niveau de point(s) d’usage à risque le(s) plus représentatif(s) du réseau ou à défaut les points d'usage les + éloigné(s) de la production d'ECS | □ Oui □ Non  □ Oui □ Non □ Réseau non bouclé  □ Oui □ Non |  |
| Un **contrôle annuel des légionelles** dans le réseau d’eau chaude sanitaire est réalisé au niveau :  - fond de ballon de production et de stockage d'ECS,  - retour(s) de boucle(s) (retour général)  - au niveau de point(s) d’usage à risque le(s) plus représentatif(s) du réseau ou à défaut les points d'usage les + éloigné(s) de la production d'ECS | □ Oui □ Non □ Pas de ballon  □ Oui □ Non □ Réseau non bouclé  □ Oui □ Non |  |
| Ces éléments sont **tous** consignés dans le **carnet sanitaire** | * Oui * Non |  |

**GUIDE de REMPLISSAGE INDICATEURS EHPAD**

**Items 4-2, 4-3 et 4-4 « référent médical », « référent paramédical » et « correspondant »:**

La formation des référents (médical, paramédical) est précisée dans les fiches indexées en bas de page du bilan des indicateurs. Pour les correspondants, sont considérées comme formations celles réalisées soit en interne, soit par l’EMH soit par le CPias ou autres organismes sur les missions et les rôles du correspondant.

La participation aux journées régionales n’est pas considérée comme une formation de référent ou de correspondant.

**Item 4-7 « auto-évaluation du GREPHH » :**

Cocher oui si l’auto-évaluation « maîtrise du risque infectieux en EHPAD » du GREPHH a été réalisée au moins une fois sans notion de date.

**Item 4-9 « visites annuelles de l’EMH » :**

On considère que les visites réalisées dans le cadre d’alerte sanitaire comprennent la gestion et le suivi des actions en lien avec l’alerte et ne font pas partie des visites programmées lors de la constitution du programme annuel d’action.

**Item 5-3 « vaccination » :**

Le nombre total de résident est le nombre moyen de résident sur l’année. Le nombre de résidents vaccinés correspond aux résidents vaccinés soit avant l'entrée dans l’EHPAD, soit dans l’EHPAD, et à jour des vaccinations surveillées.

Pour l’item : « Une politique d’identification des patients ayant une indication de vaccination anti- pneumoccique est en place » se référer au calendrier vaccinal 2018

<http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/calendrier_vaccinations_2018.pdf>

**2- À partir de l’âge de 2 ans,** la vaccination est recommandée pour les patients à risque ; elle est effectuée avec un vaccin conjugué 13-valent, ainsi qu’avec un vaccin non conjugué 23-valent (VPP 23) selon les modalités figurant dans le schéma vaccinal mentionné plus bas : **elle s’adresse aux personnes suivantes :**

a) immunodéprimés (patients concernés par les recommandations de vaccination des immunodéprimés) ;

- aspléniques ou hypospléniques (incluant les syndromes drépanocytaires majeurs) ;

- atteints de déficits immunitaires héréditaires ;

- infectés par le VIH ;

- patients présentant une tumeur solide ou une hémopathie maligne ;

- transplantés ou en attente de transplantation d’organe solide ;

- greffés de cellules souches hématopoïétiques ;

- traités par immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie pour une maladie auto-immune ou inflammatoire chronique ;

- atteints de syndrome néphrotique.

b) non immunodéprimés porteurs d’une maladie sous-jacente prédisposant à la survenue d’IIP :

- cardiopathie congénitale cyanogène, insuffisance cardiaque ;

- insuffisance respiratoire chronique, bronchopneumopathie obstructive, emphysème ;

- asthme sévère sous traitement continu ;

- insuffisance rénale ;

- hépatopathie chronique d’origine alcoolique ou non ;

- diabète non équilibré par le simple régime ;

- patients présentant une brèche ostéo-méningée, un implant cochléaire ou candidats à une implantation cochléaire.

**Item 5-4 « surveillance environnementale » :**

Les items retenus font référence aux surveillances réglementaires. Les points de contrôles ont été définis selon les termes de l’arrêté du 1er février 2010 relatif à la surveillance des légionnelles dans les installations de production, de stockage et de distribution d’eau chaude sanitaire.

Point d'usage à risque : équipement émettant des aérosols : douche, balnéothérapie…

<http://www.cpias.fr/nosobase/Reglementation/2010/Arrete/01022010.pdf>

1. <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2015/fiche_poste_medecin_referent.doc> [↑](#footnote-ref-1)
2. <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2015/fiche_poste_ide_referent.doc>

   3 <http://nosobase.chu-lyon.fr/recommandations/cclin_arlin/EHPAD/V2015/fiche_poste_correspondant.doc>

   4 Participation à une réunion sur le thème du risque infectieux avec le directeur, le médecin coordonnateur, la cadre ou l'infirmière coordinatrice <http://nosobase.chu-lyon.fr/Reglementation/2012/Circulaire/15032012.pdf>

   5 <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/20150324_ARSRA_ListesElementsconstitutifsPlanBleu_VoletInfectieux.pdf> [↑](#footnote-ref-2)