

# Indicateurs "Prévention du risque infectieux" des établissements médico-sociaux Activité EMS 2024 (recueil 2025)

Le Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins (CPias) Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) et les équipes d'hygiène (équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) ou équipes mobiles d'hygiène (EMH)) accompagnent les établissements médico-sociaux (EMS) dans l'évaluation du niveau de prévention et de maîtrise du risque infectieux à travers le recueil d'indicateurs qualité.

## Cibles

En 2025, les établissements invités à évaluer l'activité 2024 sont les EHPAD, ainsi que pour le secteur handicap adulte : EAM (ex-FAM), MAS / enfant-adolescent : IME, IEM, EEAP.

## Mode d'emploi

Si plusieurs établissements sont regroupés sous le même nom, compléter une grille par numéro FINESS.

Le questionnaire est complété par le directeur de l'établissement, le cadre, l'infirmière coordinatrice et/ou le médecin coordinateur, éventuellement aidés par l'EMH/EOH. Les données sont saisies en ligne sur le site du CPias ARA.

Il est recommandé de conserver les documents de preuve de certains indicateurs.

## Programmes nationaux & Cadre réglementaire

- **La Stratégie nationale 2022-2025** de prévention des infections et de l'antibiorésistance du Ministère des solidarités et de la Santé (Janvier 2022, 90 pages) comporte deux volets complémentaires : prévention & contrôle de l'infection (PCI) et bon usage des antibiotiques comportant un total de 9 axes, 42 actions et 42 indicateurs avec des objectifs opérationnels ; 9 d'entre eux concertent les EMS (notamment la couverture vaccinale contre la grippe des professionnels, l'hygiène des mains et la consommation des solutions hydroalcooliques, la consommation des antibiotiques critiques, l'antibiorésistance bactériennes dans les ECBU)
- L'obligation pour les EMS de réaliser une évaluation a été introduite par la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. L'évaluation du niveau de qualité des prestations délivrées par les EMS a été confiée à la Haute autorité de santé (HAS) par l'article 75 de la loi du 24/07/2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. La HAS a diffusé le 8 mars 2022 un référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS décliné en 9 thématiques, 42 objectifs et 157 critères (Critère 3.7 : L'ESSMS définit et déploie sa stratégie de prévention et de maîtrise du risque infectieux).

## 1. Coordonnées de la personne contact

Nom -----

Prénom -----

Fonction -----

Courriel -----

Téléphone \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## 2. Caractéristiques de l'établissement

### Identification de l'établissement

Département \_\_\_\_\_

Type d'établissement  EHPAD  EAM (FAM)  MAS  IME  IEM  EEAP

N° FINESS Etablissement \_\_\_\_\_

(à sélectionner dans le menu déroulant)

Nom de l'établissement \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Appartenance à un groupe

Oui

Non

Si oui, nom du groupe \_\_\_\_\_

Statut

(une seule réponse)

Public

Privé

Associatif

Autre (préciser) \_\_\_\_\_

Intégré à un établissement sanitaire

(une seule réponse)

Oui

Non

Capacité autorisée

Places en hébergement complet (permanent ou temporaire) ou partiel (accueil de jour, de nuit, de week-end...)

Nombre de places \_\_\_\_\_

Journées en hébergement complet (permanent ou temporaire) ou partiel (accueil de jour, de nuit, de week-end...)

Donnée nécessaire au calcul d'indicateurs = journées réelles avec présence effective du résident, issues de l'ERRD 2024 (état réalisé des recettes et dépenses)

Nombre de journées réalisées \_\_\_\_\_

GIR (groupe iso-ressources)

A compléter uniquement par les Ehpad pour l'indicateur SHA/PRIMO

GIR moyen pondéré (GMP le plus récent)

A compléter uniquement par les Ehpad

### 3. Organisation, indicateurs de processus

#### Accès à une expertise en hygiène

##### Lien avec une équipe d'hygiène

*(une seule réponse)*

- Equipe opérationnelle d'hygiène (EOH) si adossé à un établissement sanitaire
- Convention avec une équipe mobile d'hygiène (EMH)  
Si EMH, laquelle : \_\_\_\_\_
- Pas de lien avec une EOH ou une EMH

##### Uniquement si l'établissement appartient à un groupe, indiquer s'il dispose d'un hygiéniste mutualisé au sein du groupe (hors EOH-EMH)

- Oui
- Non

#### Responsable de la prévention du risque infectieux (PRI)

##### Un responsable de la PRI est identifié ou mandaté

*(un professionnel de l'établissement est responsable de la PRI de l'établissement)*

- Oui
- Non

##### Si oui, il est formé à la PRI

*(formation par la structure, l'équipe d'hygiène EOH/EMH, le CPias ou un prestataire extérieur)*

- Oui
- Non

##### Si oui, quelle est sa fonction

*(une seule réponse)*

- Médecin [lien]
- Paramédical (IDE, cadre)
- Autre *(préciser)* \_\_\_\_\_

#### Correspondants en hygiène (IDE, ASD, ASH...)

*(Cf. définition)*

##### Des correspondants en hygiène sont identifiés

- Oui
- Non

##### Si oui, ils sont formés à la prévention du risque infectieux

*(ils ont participé à une formation organisée par la structure, l'équipe d'hygiène EOH/EMH, le CPias ou un prestataire extérieur)*

- Oui, tous
- Oui, certains d'entre eux
- Non, aucun

##### Du temps est dédié au(x) correspondant(s) pour leur mission

- Oui
- Non

## Médecin coordonnateur

**Un médecin coordonnateur est présent dans l'établissement**

*(présence au moins 6 mois dans l'année écoulée)*

- Oui  Non

## Médecin **ou service** de santé au travail

**Un médecin **ou service** de santé au travail est identifié pour l'établissement**

- Oui  Non

## Comité de suivi du risque infectieux

**Un comité de suivi du risque infectieux s'est réuni au moins 1 fois dans l'année**

*(ou réunion équivalente si comité non formalisé)*

- Oui  Non

**Si oui, composition de ce comité (ou participants à cette réunion si comité non formalisé)**

*(plusieurs réponses possibles)*

- Directeur
- Médecin coordonnateur
- Cadre ou infirmière coordinatrice
- Responsable de la prévention du risque infectieux
- Responsable qualité - gestion des risques
- Professionnel spécialisé en hygiène (EMH/EOH)
- Autre (*préciser*) \_\_\_\_\_

## Volet infectieux du plan bleu / blanc pour les EMS adossés à un établissement de santé

*Question réglementaire, items de la liste de contrôle des éléments constitutifs du volet infectieux*

**Un volet infectieux du plan bleu / blanc a été rédigé**

- Oui (*tous les items sont présents*)  Non (*non réalisé ou incomplet*)

## Programme d'actions PRI annuel ou pluriannuel

**Un programme d'actions PRI a été élaboré et mis en œuvre dans l'année (*même partiellement*)**

- Oui  Non

**Si oui, un suivi du programme d'actions est réalisé** (*bilan de la réalisation des actions prévues dans le programme au cours d'une réunion a minima, en fin d'année ou début de la suivante*)

- Oui  Non

## Démarche d'analyse et maîtrise du risque infectieux (DAMRI)

[La démarche d'analyse et maîtrise du risque infectieux](#) a été réalisée/actualisée/suivie au moyen du DAMRI (au moins le 1er chapitre) dans l'année écoulée

Oui  Non

Si oui, l'équipe d'hygiène est associée à cette démarche ? (EOH, EMH)

Oui  Non

## 4. Activités

### • PREVENTION

#### Visite de l'équipe d'hygiène sur site (EOH, EMH, Hygiéniste de groupe)

Visite(s) programmée(s), hors alerte

Oui  Non  Non applicable (si pas d'accès à une expertise en hygiène)

Visite(s) pour gestion d'alerte (épidémies d'IRA, GEA, légionelle, Covid...)

= déplacements sur site pour la gestion et le suivi des actions en lien avec l'alerte, non programmées lors de l'élaboration du programme annuel d'actions

Oui  Non  Non applicable (si pas d'accès à une expertise en hygiène)

#### Hygiène des mains

Consommation annuelle de SHA en litres \_\_\_\_\_

Estimée d'après les achats (répondre 9999 si ne sait pas)

Nombre de frictions par résident et par jour \_\_\_\_\_

Calcul automatique, une friction correspondant à 0,003 L de SHA (ne pas remplir) \_\_\_\_\_

#### Vaccination contre la grippe saisonnière

Vaccination des professionnels au cours de l'hiver 2024-2025

Période : Les données de recueil sont celles observées au 31 décembre 2024 pour les professionnels salariés en poste dans l'établissement, quel que soit le contrat de travail (titulaires, attachés, CDD, CDI, temps complet ou partiel...)

Nombre de professionnels salariés de l'établissement \_\_\_\_\_

toutes catégories professionnelles confondues

(répondre 999 si ne sait pas)

Nombre de professionnels vaccinés \_\_\_\_\_

vaccinés dans l'établissement ou en ville

(répondre 999 si ne sait pas)

Pourcentage de professionnels vaccinés \_\_\_\_\_

(calcul automatique)

## Vaccination des résidents au cours de l'hiver 2024-2025

Période : Les données de recueil sont celles observées au 31 décembre 2024 pour les résidents en hébergement complet, qu'il soit temporaire ou partiel

Nombre de résidents \_\_\_\_\_ (répondre 999 si ne sait pas)

Nombre de résidents vaccinés \_\_\_\_\_  
vaccinés dans l'établissement ou avant l'entrée dans l'établissement (répondre 999 si ne sait pas)

Pourcentage de résidents vaccinés \_\_\_\_\_ (calcul automatique)

### Vaccination des résidents contre le pneumocoque

Une politique d'identification des résidents ayant une indication de vaccination\*, supervisée par un professionnel de l'établissement, existe

Oui  Non  Non applicable

\*cf. calendrier vaccinal

<https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/vaccination/calendrier-vaccinal>

### Accident avec exposition au sang (AES)

Il existe une procédure formalisée de conduite à tenir en cas d'AES

Oui  Non

### Hygiène bucco-dentaire (HBD)

Il existe une procédure relative aux soins d'hygiène bucco-dentaire des résidents

Oui  Non

Si oui, elle implique une planification des soins HBD du résident

bi-quotidienne  quotidienne  sans fréquence mentionnée

L'établissement planifie dans l'année de l'admission du résident (de préférence dans les 6 mois) un bilan initial par un chirurgien-dentiste (celui du résident, ou conventionné avec l'étab., ou autre)

Oui  Non

L'établissement planifie un suivi annuel de tous les résidents par un chirurgien-dentiste (celui du résident, ou conventionné avec l'étab., ou autre)

Oui  Non

L'établissement organise une évaluation de l'état bucco-dentaire\* des résidents par les professionnels de la structure au minimum tous les 6 mois (ou plus rapprochée pour des cas particuliers)

Oui  Non

\*à l'aide d'une grille d'évaluation préétablie de type CPIas ARA ou SOHDEV.

Un correspondant en santé orale est identifié dans l'établissement

Oui  Non

- **FORMATION**

### Formations PRI

**L'établissement a proposé/organisé une (des) formation(s) à la prévention du risque infectieux**  
(en interne par un professionnel de l'établissement, par l'équipe d'hygiène, le CPIas, un prestataire externe...)

Oui  Non

**Si oui, nombre de personnes formées à la PRI dans l'année** \_\_\_\_\_

(Ne pas dédoubler : saisir le nombre total de participants aux différentes sessions de formation concernées)

- **EVALUATION**

### Action d'évaluation

(autre que le DAMRI)

**L'établissement a réalisé au moins une action d'évaluation sur la thématique PRI dans l'année**  
telle que audit, évaluation des pratiques professionnelles, des organisations...

Oui  Non

- **ALERTE & SIGNALEMENT**

### Retour d'expérience (RETEX)

**Au moins un retour d'expérience** (analyse des faits, mesures correctrices, suivi du plan d'action, rapport/rétro-information)  
a été réalisé suite à un épisode infectieux survenu dans l'année

Oui  Non  Non concerné

### Gestion des cas groupés et épidémies

#### Infections respiratoires aiguës (IRA)

Chez les résidents, au moins 3 cas d'IRA en 4 j

Nombre d'épidémies observées \_\_\_\_\_  
dont nombre d'épidémies signalées à l'ARS \_\_\_\_\_

#### Gastro-entérites aiguës (GEA)

Chez les résidents, au moins 5 cas de GEA en 4 jours, ou 2 cas groupés d'infection à C. difficile

Nombre d'épidémies observées \_\_\_\_\_  
dont nombre d'épidémies signalées à l'ARS \_\_\_\_\_

#### Autres épidémies (BMR, BHRe, gale, TIAC...)

Chez les résidents, au moins 2 cas ayant un lien temporel et géographique

Nombre d'épidémies observées \_\_\_\_\_

Type : \_\_\_\_\_

## Alerte environnementale Legionella / Eau Chaude Sanitaire (ECS)

Avez-vous eu au moins un contrôle d'ECS rapportant des *Legionella pneumophila* > 1000 UFC/L

Oui  Non

Si oui, l'avez-vous signalé à l'ARS

[\[lien\]](#)

Oui  Non

### • SURVEILLANCE ENVIRONNEMENTALE

#### Surveillance Eau chaude sanitaire réalisée (ECS)

Une surveillance mensuelle de la température de l'eau chaude ET un contrôle annuel de l'ECS à la recherche de *Legionella* sont réalisés conformément à la réglementation

Oui  Partiellement  Non

#### Carnet sanitaire

Existence d'un carnet sanitaire et tous les éléments de surveillance (température et légionelles) sont consignés dans le carnet sanitaire.

Oui  Non

#### Procédure en cas de contamination d'ECS par des légionelles

Une procédure en cas de contamination du réseau d'ECS par des *Legionella pneumophila* est formalisée

Oui  Non

#### Commentaire/Conclusion

(ex : précisions à apporter, points forts, difficultés rencontrées, perspectives, attentes...)

---

---

---

---

---

---

---

---

#### Pour toute question :

CPias Auvergne-Rhône-Alpes / Lyon  
Tél. 04 78 86 49 49  
Email [cpias-ara@chu-lyon.fr](mailto:cpias-ara@chu-lyon.fr)

CPias ARA Site associé / Clermont-Ferrand :  
Tél. 04 73 75 48 88  
Email [cpias-ara@chu-clermontferrand.fr](mailto:cpias-ara@chu-clermontferrand.fr)