

Indicateurs "Prévention du risque infectieux" des établissements médico-sociaux Activité EMS 2025 (*recueil 2026*)

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 2026, les établissements invités à **évaluer l'activité de l'année 2025** sont :

- secteur personnes âgées : **EHPAD** (catégorie FINESS 500 incluant les petites unités de vie : PUV)
- secteur handicap

adulte :	EAM (catég. 448)	FAM (catég. 437)	MAS (catég. 255)
enfant-adolescent :	IME (catég. 183)	EEAP (catég. 188)	IEM (catég. 192)

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 ECU)
- 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 **et actualisé le 8 juillet 2025**, un **référentiel d'évaluation de la qualité des ESSMS** décliné en 9 thématiques, 42 objectifs et 157 critères dont 18 impératifs (cf. 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° FINESSE 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

• **Pour les EMS du handicap**

Un médecin coordonnateur intervient dans l'établissement (situation au 31 décembre 2025)
(1 seule réponse possible)

☐ Oui

☐ Non

• **Pour les EHPAD**

Un médecin coordonnateur intervient dans l'établissement (situation au 31 décembre 2025)
(1 seule réponse possible)

☐ absence de médecin coordonnateur

☐ en présentiel uniquement

☐ en mode mixte (alternance de visites sur site et d'activités réalisées en distanciel selon des modalités formalisées)

☐ en télé-coordination médicale

Si "télé-coordination médicale", préciser les modalités de recours *(plusieurs réponses possibles)*

☐ dans le cadre d'un contrat entre l'Ehpad et un Groupement de Coopération Sanitaire & Médico-Social (GCSMS)

☐ dans le cadre d'un contrat entre l'Ehpad et l'opérateur organisant la télé-coordination

☐ sur certaines des 13 missions identifiées comme pouvant être réalisées à distance

☐ sur une période temporaire, l'établissement poursuivant ses recherches de médecin coordonnateur

☐ réalisée par un médecin ayant une qualification en coordination gériatrique

☐ avec maintien de déplacements réguliers dans la structure (au moins 1 fois / mois)

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 participant à cette réunion si comité non formalisé)
(plusieurs réponses possibles)

- ☐ Directeur
- ☐ Médecin coordinateur
- ☐ 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 (ou blanc si EMS adossé à un établissement de santé)

Question réglementaire, items de la liste de contrôle des éléments constitutifs du volet infectieux du plan bleu.

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 a été 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

Cette donnée sera transmise à la mission nationale RéPia-PRIMO pour être incluse dans le rapport national annuel. Le remplissage de cet item est indispensable afin de pouvoir suivre l'évolution de l'indicateur de la stratégie nationale 2022-2027 de la prévention des infections et de l'antibiorésistance.

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 (ne pas remplir)

Calcul automatique, une friction correspondant à 0,003 L de SHA

L'établissement a participé à la campagne nationale PRIMO/MATIS « Une friction et c'est tout bon ! » de promotion de la friction hydro-alcoolique pour l'hygiène des mains en mettant en place des actions de sensibilisation/formation sur l'hygiène des mains par FHA

☐ Oui ☐ Non

Vaccination contre la grippe saisonnière

Vaccination des professionnels au cours de l'hiver 2025-2026

Période : Les données de recueil sont celles observées au 31 décembre 2025 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 **2025-2026**

Période : Les données de recueil sont celles observées au 31 décembre **2025** 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 (cf. [calendrier vaccinal](#))

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)

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

Si oui, elle inclut une liste du matériel adapté au profil des résidents qui doit être mis à disposition par l'établissement ou la famille

☐ Oui ☐ Non

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 **(CSO)**

☐ 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)

Parmi celles-ci, l'établissement a proposé/organisé une (des) formation(s) à l'hygiène bucco-dentaire des résidents (réalisation/accompagnement des soins HBD et/ou évaluation de l'état bucco-dentaire)
(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 l'hygiène bucco-dentaire 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 jours

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 d'infection à *C. difficile* ayant un lien temporel et géographique

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 pneumophila** / 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

CPias ARA Site associé / Clermont-Ferrand :

Tél. 04 73 75 48 88

Email cpias-ara@chu-clermontferrand.fr