



**Organisation et moyens mis en œuvre  
pour la prévention  
des infections associées aux soins :  
Enquête pilote en FAM et MAS**

**Rapport national 2014**



**Décembre 2014**

## **COORDONNATEUR DE L'AUDIT**

---

BERNET Claude, praticien en hygiène hospitalière, CClin Sud-Est

## **CONCEPTION DE L'OUTIL INFORMATIQUE**

---

PEFAU Muriel, CClin Sud-Ouest

## **ANALYSE DES DONNÉES**

---

MACHUT Anaïs, biostatisticienne, CClin Sud-Est

## **GROUPE DE TRAVAIL DU GREPHH**

---

Isabelle ARNAUD (CClin Paris-Nord), Claude BERNET (CClin Sud-Est), Marie-Alix ERTZSCHEID (CClin Ouest), Danièle LANDRIU (CClin Paris-Nord), Anaïs MACHUT (CClin Sud-Est), Muriel PEFAU (CClin Sud-Ouest), Ivana NOVAKOVA (Arlin Ile-de-France), Emilie POIRIER (Arlin Lorraine), Loïc SIMON (CClin Est), Daniel ZARO-GONI (CClin Sud-Ouest)

## **GROUPE DE VALIDATION**

---

Membres du GREPHH :

- CClin Est : SIMON Loïc (co-coordonnateur) et VERNIER Nathalie
- CClin Ouest : AUPÉE Martine et ERTZSCHEID Marie-Alix
- CClin Paris-Nord : LANDRIU Danièle et VERJAT-TRANNOY Delphine
- CClin Sud-Est : GIARD Marine et LAPRUGNE-GARCIA Elisabeth (co-coordonnatrice)
- CClin Sud-Ouest : LALAND Catherine et ZARO-GONI Daniel
- Ministère de la santé et des sports : ALLEAUME Sophie

## **REMERCIEMENTS**

---

- à tous les établissements qui ont réalisé l'audit
- aux deux établissements qui ont testé l'outil :
  - o FAM Brunswic à Paris 20ème (Inter-région Nord)
  - o MAS les Montaines à Meillonas (Inter-région Sud-Est)
- aux biostatisticiens des CClin ayant réalisé l'outil et exploité les données (M. PEFAU, A. MACHUT, M. PERENNEC-OLIVIER, M. DIXON)

# Synthèse

## I – Enquête pilote

### Contexte

La circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative au programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013 <sup>1</sup> demande aux établissements concernés une démarche d'auto-évaluation sur la maîtrise du risque infectieux. Dans ce contexte, un manuel adapté aux spécificités des maisons d'accueil spécialisées (MAS) et des foyers d'accueil médicalisés (FAM) a été élaboré par un groupe de travail du GREPHH (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière) et mis à disposition sur son site Internet (<http://www.grephh.fr/FAM-MAS-GREPHH.html>).

Dans le secteur des FAM et MAS la population est très hétérogène. A ce jour nous ne disposons pas de données épidémiologiques spécifiques caractérisant le risque infectieux dans ces établissements. Pour cette raison, le réseau Cclin-Arlin a proposé à ces EMS une enquête pilote nationale sur **l'évaluation de l'organisation et des moyens mis en œuvre pour la prévention des infections associées aux soins en FAM et MAS sur un échantillon d'établissements.**

### Objectif

L'objectif était de mieux connaître les organisations et la prévention des infections associées aux soins, et ainsi d'identifier des axes prioritaires d'actions à mener dans ce domaine.

### Méthode

Un tirage au sort de 30 FAM et 30 MAS a été réalisé en amont de l'étude. Le critère d'inclusion était : tout FAM ou MAS n'ayant jamais réalisé d'auto-évaluation du risque infectieux.

Chaque Cclin ou Arlin a accompagné l'établissement dans la réalisation de son auto-évaluation du risque infectieux.

L'étude reposait sur une évaluation mixte de procédures (formation, organisation) et de ressources déclarées (matériel, consommables). L'évaluation a été réalisée à l'aide du manuel d'auto-évaluation du GREPHH constitué de 7 chapitres. Le manuel a été rempli sur place par la personne chargée de l'étude dans l'établissement. La période de recueil des données s'étendait du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2014.

Les données saisies dans une application informatique Excel® en respectant le strict anonymat ont été agrégées et analysées au niveau du réseau Cclin-Arlin.

Les résultats des données établissements étaient rendus sous forme de pourcentages d'objectifs atteints. Un poids arbitraire a été attribué à chaque question. Il a permis le calcul d'un score obtenu, comparé ensuite au score attendu. La liste des critères d'évaluation avec leur pondération figure en annexe 2 du rapport complet.

---

<sup>1</sup> Circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 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. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale.

### Exemple de calcul des scores pour l'analyse des fiches « chapitres »

Critères évalués	Score attribué à chaque question	Score maximal attendu par thème	Score attendu global
Thèmes			
Questions			
<b>V Les Vaccinations contre les infections respiratoires</b>		<b>1</b>	<b>4</b>
Q87. Vaccination antigrippale usagers	1 si oui (oui = 1)		
Q88. Vaccination antigrippale personnel	1 si oui (oui = 1)		
Q89. Vaccination anti pneumococcique usagers à risque	1 si oui (oui = 1)		
Q90. Obligations vaccination des personnels	1 si oui (non = 0)		

Chapitres	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
V – Vaccinations	3	4	75%

*Votre établissement obtient un score entre 75% et 100% qui traduit une politique forte de gestion du risque infectieux. Néanmoins, quelques points peuvent être encore améliorés ou consolidés. Le détail du chapitre vous indiquera les axes de travail.*

Pour l'analyse des données nationales, les scores ont été additionnés à chaque question puis le score obtenu a été divisé par le nombre d'établissements.

Pour chaque type d'établissement, FAM ou MAS les distributions des pourcentages d'objectifs atteints ont été calculées par thème.

## Résultats

Figure 1 : Résultats globaux par chapitre en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)

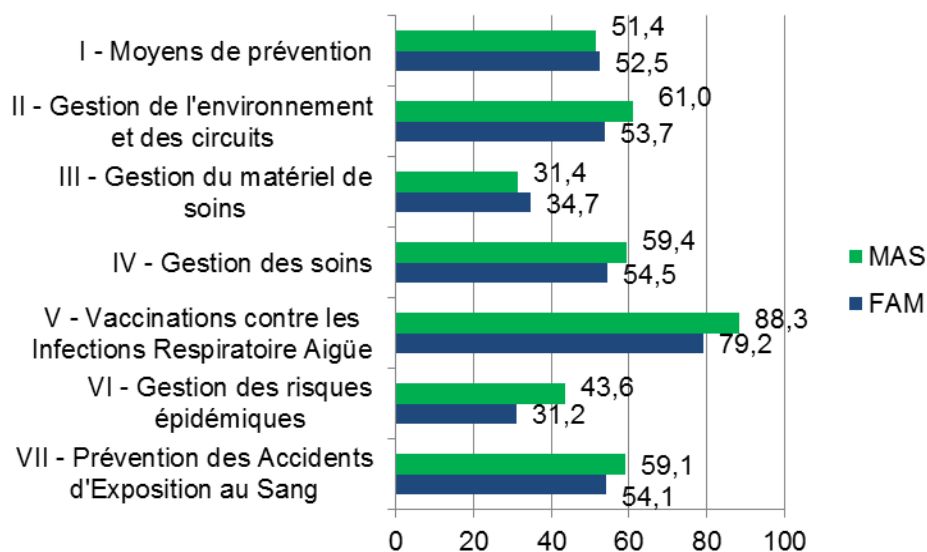


Figure 2 : Résultats relatifs aux moyens de prévention en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)

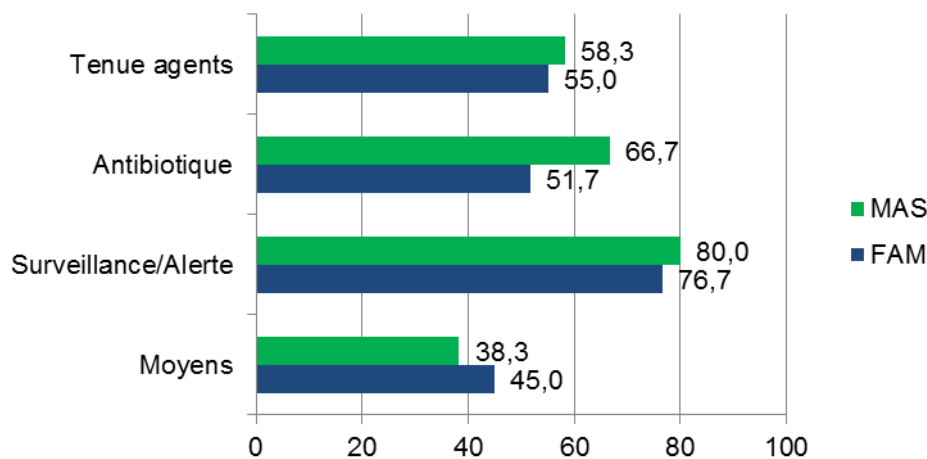


Figure 3 : Résultats relatifs à la gestion de l'environnement et des circuits en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)

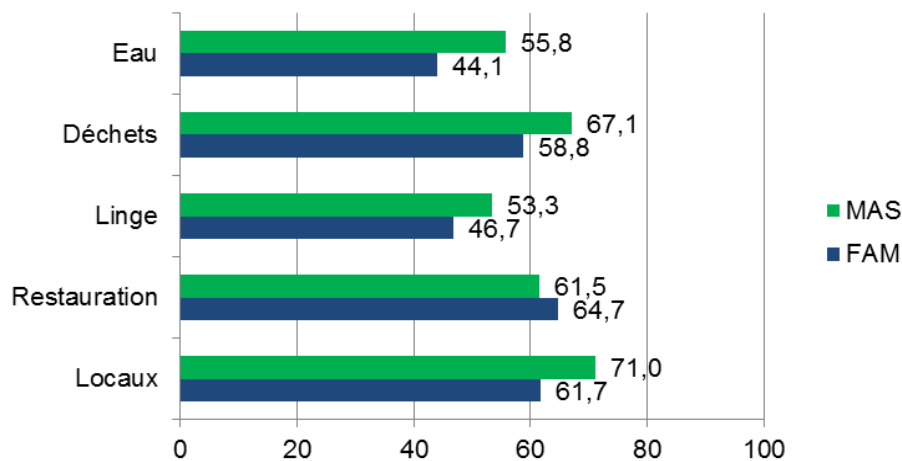


Figure 4 : Résultats relatifs à la gestion du matériel de soins en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)

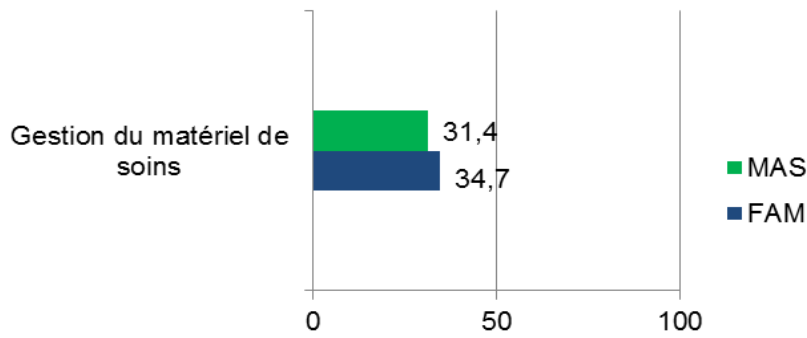


Figure 5 : Résultats relatifs à la gestion des soins en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)

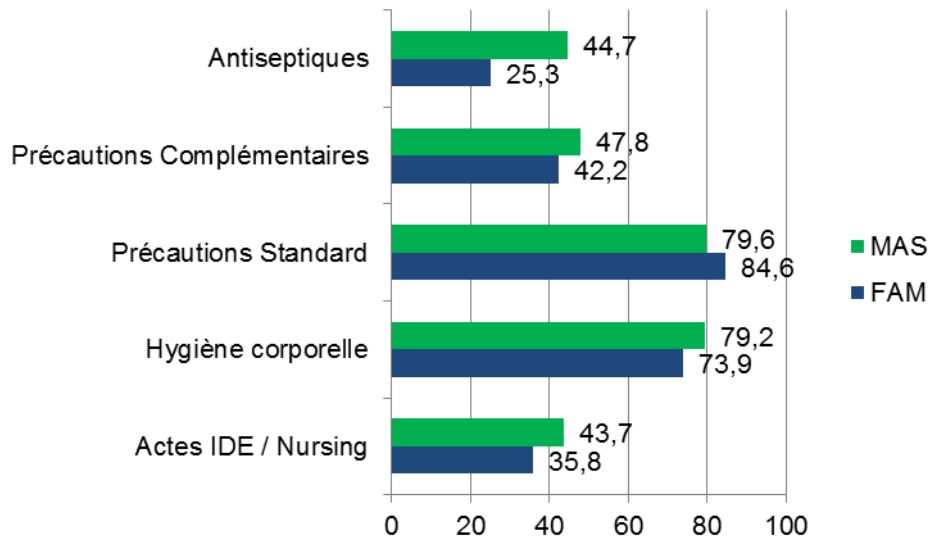


Figure 6 : Résultats relatifs à la vaccination vis-à-vis des infections respiratoires aigües en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)

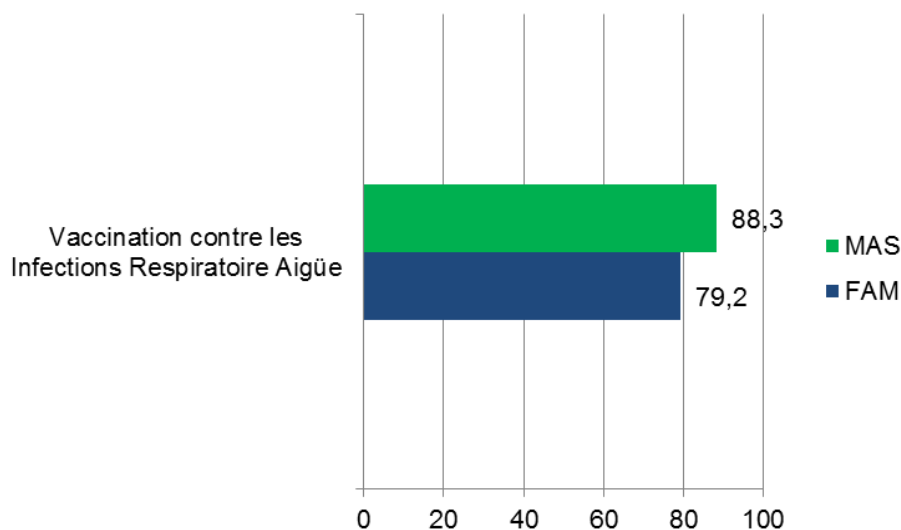


Figure 7 : Résultats relatifs à la gestion des risques épidémiques en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)

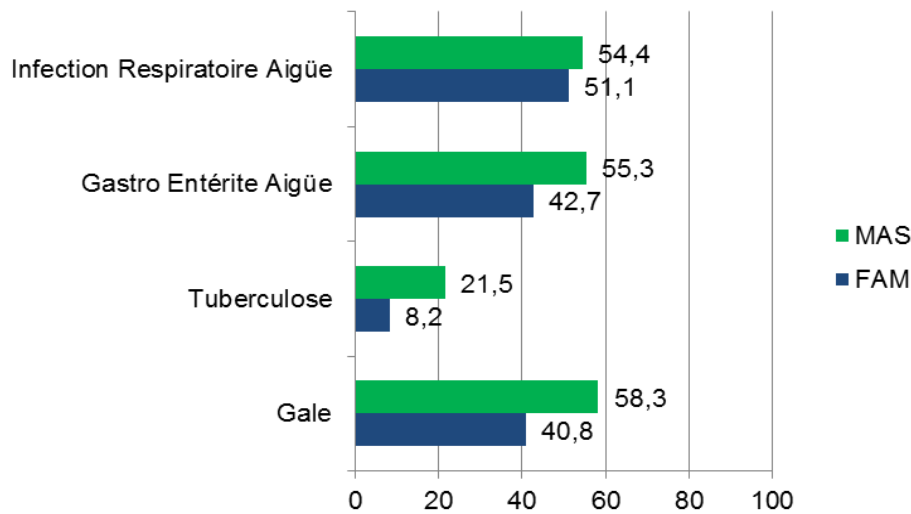
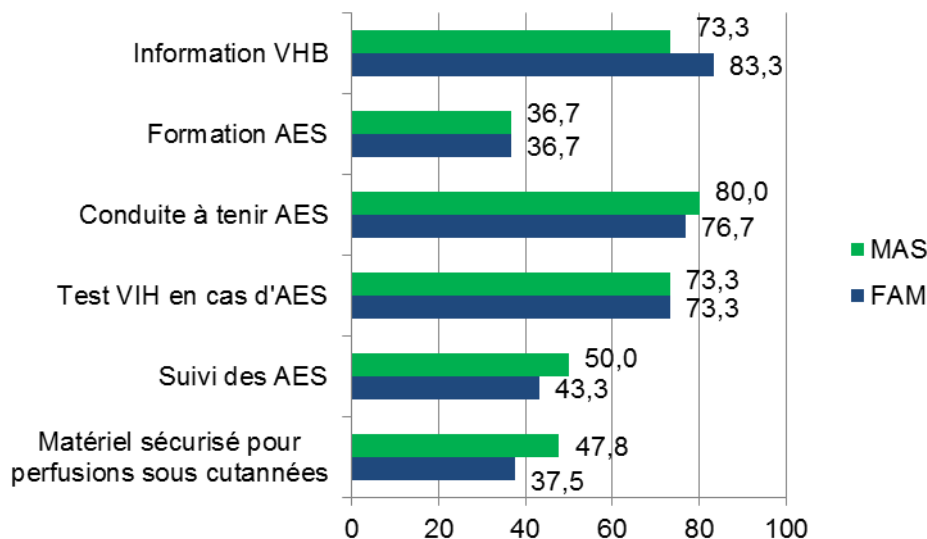


Figure 8 : Résultats relatifs à la prévention des accidents d'exposition au sang en pourcentage d'objectifs atteints (N = 30 FAM et 30 MAS)



## Discussion

La principale limite de l'étude est liée au type d'évaluation : les réponses ont été faites selon les données documentaires disponibles et les déclarations des personnels, et non selon leurs attitudes et pratiques observées.

L'étude a permis d'identifier des actions d'amélioration au niveau de chaque établissement volontaire participant mais également à plus grande échelle. Elle concerne notamment l'introduction plus systématique des procédures écrites, validées et diffusées. Le développement de la sensibilisation / formation des professionnels incluant le personnel socio-éducatif autour de ces procédures.

Des pratiques efficaces sont déclarées au niveau des FAM/MAS concernant l'hygiène des mains et l'utilisation des produits hydro-alcooliques (PHA), le principe d'utilisation "un geste = une paire de gants", l'antisepsie en 4 temps, l'organisation de la surveillance de l'état buccodentaire, la prise en charge de la nutrition, et les vaccinations des usagers ainsi que des personnels.

Les ressources nécessaires à l'application des bonnes pratiques de prévention du risque infectieux sont le plus souvent disponibles.

A l'opposé, les pratiques à améliorer concernent notamment le port de tabliers individuels pour la protection de la tenue, la gestion des antiseptiques. Le matériel de sécurité est à développer, à l'exemple du matériel sécurisé pour les injections intraveineuses ou sous cutanées.

## **Conclusion**

Cette première étude a concerné des FAM et MAS sur l'ensemble du territoire national. Elle devrait conduire à des mises en place d'actions d'amélioration avec les outils disponibles tels que des fiches techniques thématiques de prévention des infections associées aux soins spécifiques aux établissements médico-sociaux qui sont en cours de réactualisation.

## **II- Enquête d'impact**

### **Contexte de l'étude d'impact**

Pour s'assurer de l'intérêt de la démarche, une étude d'impact a été proposée aux 60 établissements qui ont participé à l'évaluation.

### **Objectif de l'étude d'impact**

Évaluer les conditions de réalisation de l'étude, les bénéfices et les difficultés rencontrées.

### **Méthode de l'étude d'impact**

Chaque CClin ou Arlin a remis un questionnaire après la conduite de l'évaluation aux FAM ou MAS ayant participé à l'enquête pilote. Une relance a été effectuée à 3 reprises entre juin et septembre 2014.

Le questionnaire comprenait 2 parties : conditions de réalisation (durée, personnes impliquées, accompagnement du CClin-Arlin) et conduite des actions correctives (en termes de formation, audit et outils). Pour les outils, il était demandé d'en préciser la nature : fiche technique, procédure, affiche, vidéo.

Pour chacune des actions, il s'agissait d'identifier son caractère prioritaire, la période possible pour la conduite de l'action, enfin de préciser si une collaboration avec le CClin ou l'Arlin était nécessaire ou envisagée.

Les réponses aux questions n'étaient pas obligatoires. L'analyse du questionnaire a concerné l'ensemble des FAM et des MAS sans distinction.

### **Résultats de l'étude d'impact**

L'étude d'impact proposée aux 60 FAM-MAS engagés dans l'étude d'évaluation, a été renseignée par 38 d'entre eux (63%). La durée de l'évaluation a été de 1 à 5 jours pour la majorité des structures (90%). L'ensemble des équipes a été impliquée pour seulement 25% des établissements.

La méthode consistant à accompagner les établissements dans la démarche d'évaluation a été appréciée de tous (compréhension des critères, climat de confiance, identification du réseau CClin-Arlin comme nouvelle ressource possible...).

Selon les établissements interrogés, la priorité des actions concerne principalement la création d'outils, le suivi des formations puis la mise en œuvre d'audits, quels que soient les thèmes de l'évaluation. La conduite des actions est le plus souvent annoncée pour l'année 2014.

L'aide du réseau CClin-Arlin est nécessaire ou envisagée le plus souvent pour les outils (procédures, fiches techniques...) et la formation.

Enfin, parmi les répondants, 94% proposeraient cette démarche aux autres FAM et MAS.

## **Conclusion**

Cette enquête a permis aux équipes une meilleure perception du risque infectieux tout en suscitant des craintes de « sanitisation » pour certaines structures. La grande majorité des répondants déclare observer une amélioration des pratiques de soins suite à la démarche.



# Sommaire

Acronymes et abréviations .....	11
I. Enquête pilote .....	13
I.1. Introduction/Contexte.....	13
I.2. Objectifs .....	13
II. Méthodologie de l'enquête pilote .....	14
II.1. Type d'étude et méthodes de mesure.....	14
II.2. Application informatique et saisie des données .....	15
II.3. Analyses statistiques et présentation des résultats.....	16
Fiches « établissement » et fiches « thématiques ».....	16
III Participation des établissements FAM ou MAS .....	17
III.1. Par région.....	17
III.2. Par statut d'établissements.....	17
III.3. Par taille d'établissements .....	17
IV. Résultats globaux de l'enquête pilote pour l'ensemble des FAM.....	19
IV.1. Chapitre I – Moyens de prévention dans l'établissement.....	19
Moyens.....	19
Surveillance/Alerte.....	20
Antibiotiques.....	20
Tenue du personnel.....	21
IV.2. Chapitre II – Gestion de l'environnement et des circuits .....	21
Locaux.....	21
Hygiène en restauration.....	22
Gestion du linge.....	22
Gestion des déchets.....	23
Gestion de la qualité de l'eau.....	24
IV.3. Chapitre III – Gestion du matériel de soins .....	26
IV.4. Chapitre IV – Gestion des soins .....	27
Actes de soins infirmiers et de nursing.....	27
Hygiène corporelle, prestations de soins et d'accompagnement des usagers.....	28
Précautions standard : formation et ressources matérielles .....	29
Précautions complémentaires.....	29
Antiseptiques .....	30
IV.5 Chapitre V – Les vaccinations contre les infections respiratoires.....	30
IV.6. Chapitre VI – Gestion des risques épidémiques .....	31
Gale.....	31
Tuberculose pulmonaire .....	32
Gastro-entérite.....	32
Infection respiratoire aiguë basse .....	33
IV.7. Chapitre VII – Prévention des accidents d'exposition au sang.....	34
V. Résultats globaux de l'enquête pilote pour l'ensemble des MAS.....	36
V.1 Chapitre I – Moyens de prévention dans l'établissement.....	36
Moyens.....	36
Surveillance/Alerte.....	37
Antibiotiques.....	37
Tenue du personnel.....	38
V.2 Chapitre II – Gestion de l'environnement et des circuits .....	38
Locaux.....	38
Hygiène en restauration.....	39
Gestion du linge.....	40
Gestion des déchets.....	40
Gestion de la qualité de l'eau.....	41
V.3 Chapitre III – Gestion du matériel de soins .....	43

V.4 Chapitre IV – Gestion des soins .....	44
Actes de soins infirmiers et de nursing.....	44
Hygiène corporelle, prestations de soins et d’accompagnement des usagers.....	45
Précautions standard.....	46
Précautions complémentaires.....	46
Antiseptiques .....	47
V.5. Chapitre V – Les vaccinations contre les infections respiratoires.....	48
V.6. Chapitre VI – Gestion des risques épidémiques .....	48
Gale.....	49
Tuberculose pulmonaire .....	49
Gastro-entérite.....	49
Infection respiratoire aiguë basse .....	50
V.7. Chapitre VII – Prévention des accidents d’exposition au sang.....	51
VI. Discussion / Enquête pilote .....	53
VI.1. Discussion de la méthode .....	53
VI.1.1. Point forts de l’étude .....	53
VI.1.2. Limites de l’étude.....	53
VI.2. Discussion de la participation à l’étude.....	54
VI.3. Discussion des résultats de l’étude et comparaison avec des données de la littérature .....	54
VII. Conclusion .....	60
VIII. Résultats de l’étude d’impact.....	61
VIII.1 Participation .....	61
VIII.2 Résultats globaux.....	62
VIII.2.1 Conditions de réalisation de l’enquête FAM-MAS.....	62
VIII.2.2. Conduite des actions .....	63
VIII.2.3. Appréciation globale .....	66
Références.....	67
Annexes .....	69

## Acronymes et abréviations

<b>AES</b>	Accident d'exposition au sang
<b>Arlin</b>	Antenne régionale de lutte contre les infections nosocomiales
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>ATB</b>	Antibiotiques
<b>CAT</b>	Conduite à tenir
<b>CClin</b>	Centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales
<b>CH</b>	Centre hospitalier
<b>CHG</b>	Centre hospitalier général
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>DARI</b>	Document d'analyse du risque infectieux
<b>DASRI</b>	Déchets d'activité de soins à risques infectieux
<b>DGCS</b>	Direction générale de la cohésion sociale
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DGS</b>	Direction générale de la santé
<b>EMS</b>	Etablissement médicosocial
<b>EOH</b>	Equipe opérationnelle en hygiène
<b>EPI</b>	Equipement de protection individuelle
<b>ESPIC</b>	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>FAM</b>	Foyer d'accueil médicalisé
<b>GEA</b>	Gastro-entérite aigüe
<b>GERES</b>	Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants
<b>GREPHH</b>	Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière
<b>HACCP</b>	Hazard Analysis critical Control Point
<b>HAS</b>	Haute autorité de santé
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'état
<b>IAS</b>	Infections associées aux soins
<b>IRA</b>	Infection respiratoire aigüe
<b>MAS</b>	Maison d'accueil spécialisée

<b>NA</b>	Non adapté
<b>NC</b>	Non concerné
<b>OM</b>	Ordures ménagères
<b>OPCT</b>	Objet coupant, piquant, tranchant
<b>PCH</b>	Précautions complémentaires d'hygiène
<b>PS</b>	Précautions standard
<b>SF2H</b>	Société française d'hygiène hospitalière
<b>VHB</b>	Virus de l'hépatite B
<b>VIH</b>	Virus de l'immunodéficience humaine

## I. Enquête pilote

### I.1. Introduction/Contexte

L'article L312-1 du Code d'action sociale des familles définit 15 types juridiques d'établissements et services sociaux (ESSMS), eux-mêmes subdivisés en plus de 60 sous rubriques nominatives. Le secteur du handicap est loin d'être homogène, il est composé de multiples types d'établissements parmi eux : 894 maisons d'accueil spécialisées (MAS) et 645 foyers d'accueil médicalisés (FAM).

La circulaire interministérielle n°DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative au programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011/2013 [1] demande à ces établissements une démarche d'auto-évaluation sur la maîtrise du risque infectieux (DARI). Un groupe de travail du GREPHH (Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière), au sein du réseau CClin-Arlin, a élaboré un manuel d'auto-évaluation sur la maîtrise du risque infectieux adapté aux spécificités des MAS et des FAM [2], avec l'appui des professionnels de ces structures. Ce manuel est accessible sur Internet <http://www.grephh.fr/FAM-MAS-GREPHH.html>. Le 5 février 2013, la DGCS a demandé aux ARS de diffuser cet outil aux FAM et MAS.

L'outil permet à chaque établissement d'identifier les domaines à maîtriser en lien avec le risque infectieux. Il comprend sept chapitres correspondant à sept thématiques avec des critères qui concernent la prévention des infections associées aux soins. Les modalités de cotation de ces critères tiennent compte de la variété des situations et des différents niveaux de risques connus.

Dans le secteur des FAM et des MAS, la population est très hétérogène. A ce jour nous ne disposons pas de données épidémiologiques spécifiques caractérisant le risque infectieux dans ces établissements. Pour cette raison, le réseau CClin-Arlin a proposé une enquête nationale **d'évaluation de l'organisation et des moyens mis en œuvre pour la prévention des infections associées aux soins en FAM et MAS sur un échantillon d'établissements.**

### I.2. Objectifs

#### Principaux

Évaluer l'organisation et les moyens mis en œuvre pour la prévention des infections associées aux soins (IAS) en FAM et MAS.

#### Secondaires

- Au niveau des établissements : les accompagner dans la réalisation de leur auto-évaluation du risque infectieux.
- Au niveau national : identifier des actes prioritaires de prévention des IAS dans ces établissements.

## II. Méthodologie de l'enquête pilote

La méthode d'enquête a été élaborée par un groupe de travail constitué pour l'occasion et coordonné par le CCLin Sud-Est. Elle a été ensuite présentée à la réunion du GREPHH plénier du 16 avril 2013 puis en Comité directeur des CCLin du 21 mai 2013 pour approbation.

### II.1. Type d'étude et méthodes de mesure

Il s'agit d'une auto-évaluation réalisée au niveau d'un échantillon d'établissements volontaires constitué par tirage au sort.

#### Outil d'évaluation

- Maîtrise du risque infectieux : FAM/MAS. Manuel d'auto-évaluation-2012. GREPHH

Le document est disponible sur le site de Nosobase et celui du grephh : <http://www.grephh.fr/FAM-MAS-GREPHH.html>

#### Type d'enquête

##### Audit documentaire

- Evaluation de documents (protocoles, supports de traçabilité...), de ressources (matériel, consommables) et d'organisation.

##### Niveau de l'étude

- Etablissement.

#### Champs d'application

##### Établissements concernés

Tout FAM ou MAS, quel que soit son statut (public, privé) ayant accepté de participer à l'enquête lors du tirage au sort.

##### Établissements exclus

Tout FAM ou MAS, quel que soit son statut (public, privé) ayant déjà réalisé par lui-même son auto-évaluation.

#### Données recueillies

Outil composé de 8 fiches :

- 1 fiche « établissement » de renseignements généraux.
- 7 fiches thématiques :
  1. Moyens de prévention dans l'établissement
  2. Gestion de l'environnement et des circuits
  3. Gestion du matériel de soins
  4. Gestion des soins
  5. Les vaccinations contre les infections respiratoires
  6. Gestion des risques épidémiques
  7. Prévention des accidents d'exposition au sang

## **Modes de remplissage et d'analyse**

- Remplissage au niveau établissement : remplissage des grilles d'auto-évaluation par les responsables de l'établissement et toutes personnes identifiées en charge de la prévention des IAS dans l'établissement en lien avec un professionnel (praticien ou infirmier) du réseau Clin-Arlin concerné.
- Analyse au niveau national : après fusion des fichiers d'auto-évaluation par le CClin Sud-Est.

## **Critères évalués**

Au cours de la visite, les sept thématiques ont été évaluées et chaque critère renseigné selon les l'organisation et les procédures mises en place dans l'établissement en veillant à une réponse documentée pour les critères qui le nécessitaient.

## **Taille et constitution de l'échantillon**

L'échantillon était constitué de 30 FAM et 30 MAS. Cet échantillon a été tiré au sort parmi les structures classées par nombre total de places décroissant. Les établissements tirés au sort ont participé de manière volontaire à l'évaluation, et une liste complémentaire a été constituée en cas de refus ou d'exclusion de l'établissement (DARI déjà effectué).

## **Calendrier**

L'étude FAM MAS a été conduite du 1<sup>er</sup> janvier au 31 juillet 2014, après contact de chaque CClin ou Arlin auprès des responsables des établissements, entre septembre et décembre 2013. Les données des établissements tirés au sort ont été envoyées au CClin d'appartenance jusqu'au 31 juillet 2014

## **Principe général de réalisation**

Il a été demandé aux participants de réaliser la totalité de l'auto-évaluation (fiche établissement + ensemble des sept thématiques), après engagement du responsable de l'établissement.

### Fiche Établissement

- Une seule fiche à remplir par établissement
- Remplissage obligatoire de la fiche.
- Réponse obligatoire à toutes les questions.

### Fiches thématiques

- Remplissage obligatoire y compris des critères non scorés (170 questions au total).

## **II.2. Application informatique et saisie des données**

L'application informatique Excel® a été élaborée par le CClin Sud-Ouest et mise à disposition sur le site du GREPHH et du ministère. Un guide informatique a été fourni pour aider à l'utilisation de l'application et à la saisie des données.

Après validation des données, la saisie des données de l'auto-évaluation a été réalisée sur place **par un membre du réseau CClin-Arlin** sous le contrôle du référent local (double saisie). L'application informatique proposée ne comprenait pas de vérification automatique de l'absence de cases vides (données non saisies).

A la fin de la saisie :

- le rapport et le poster automatisé ont pu être édités par l'application.

Suite à la saisie, chaque CClin a adressé le fichier Excel de saisie en respectant le strict anonymat au CClin Sud-Est.

- une modification des données saisies a été impossible sans contact téléphonique avec le CClin-Arlin en charge de la saisie.

Les fichiers ont été fusionnés par le CClin Sud-Est.

## II.3. Analyses statistiques et présentation des résultats

Les résultats sont présentés par thématique.

Fiches « établissement » et fiches « thématiques »

### Principe des scores et des pourcentages d'objectifs atteints

Pour l'analyse des données de l'établissement et des thématiques, les résultats étaient rendus sous forme de pourcentages d'objectifs atteints. Un poids arbitraire a été attribué à chaque question (de 1 à 7, cf. annexe 2). Il a permis le calcul d'un score obtenu à comparer au score maximal attendu.

Tableau 1 : Exemple de calcul des scores pour l'analyse des fiches « chapitres »

Critères évalués	Score attribué à chaque question	Score maximal attendu par thème	Score attendu global
Thèmes			
Questions			
<b>V Les Vaccinations contre les infections respiratoires</b>		<b>1</b>	<b>4</b>
Q87. Vaccination antigrippale usagers	1 si oui (oui = 1)		
Q88. Vaccination antigrippale personnel	1 si oui (oui = 1)		
Q89. Vaccination anti pneumococcique usagers à risque	1 si oui (oui = 1)		
Q90. Obligations vaccination des personnels	1 si oui (non = 0)		

Chapitres	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
V – Vaccinations	3	4	75%

*Votre établissement obtient un score compris entre 75% et 100% qui traduit une politique forte de gestion du risque infectieux. Néanmoins, quelques points peuvent être encore améliorés ou consolidés. Le détail du chapitre vous indiquera les axes de travail.*

Pour l'analyse des données nationales, les scores ont été additionnés à chaque question puis le score obtenu a été divisé par le nombre d'établissements répondeurs.

Pour chaque type d'établissement (FAM ou MAS), les distributions des pourcentages d'objectifs atteints ont été calculées par thème (cf. annexe 3).

### Présentation des résultats

Au sein de ce rapport, les résultats nationaux sont présentés sous deux formes :

- les réponses détaillées, item par item, sont données globalement pour l'ensemble des établissements FAM ou MAS
- les pourcentages d'objectifs atteints, tels qu'utilisés dans le rapport automatisé des établissements.



### III Participation des établissements FAM ou MAS

#### III.1. Par région

Tableau 2 : Echantillon des établissements FAM ou MAS par région (N = 30)

Région	Nombre de FAM participants	Nombre de FAM Total	Nombre de MAS participants	Nombre de MAS Total
Alsace	2	22	1	18
Aquitaine	1	37	1	26
Auvergne	1	30	1	12
Basse-Normandie	0	9	4	26
Bretagne	3	74	2	27
Corse	0	3	2	3
Haute-Normandie	1	31	1	15
Ile de France	3	90	5	95
La Réunion	4	8	0	4
Languedoc-Roussillon	1	35	2	37
Limousin	1	9	1	19
Lorraine	1	31	2	33
Midi-Pyrénées	1	47	2	42
Nord pas de Calais	1	48	0	36
Pays de la Loire	2	55	0	42
Picardie	1	22	1	22
Poitou-Charentes	1	28	1	21
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3	110	3	43
Rhône-Alpes	3	97	1	46
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>894</b>	<b>30</b>	<b>645</b>

#### III.2. Par statut d'établissements

Tableau 3 : Participation par statut d'établissement

Statut	FAM		MAS	
	N	%	N	%
Public	5	16,7	4	13,3
Privé	25	83,3	26	86,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

La majorité des établissements évalués ont un statut privé.

#### III.3. Par taille d'établissements

Tableau 4 : Répartition des FAM et MAS selon le nombre total de places d'accueil

Taille	FAM		MAS	
	N	%	N	%
de 10 à 14 places	3	10,0	0	0,0
de 15 à 29 places	9	30,0	5	16,7
de 30 à 50 places	9	30,0	16	53,3
de 51 à 226 places	9	30,0	9	30,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 5 : Répartition des FAM et MAS selon le nombre total de places d'accueil d'hébergement temporaire et/ou permanent

Taille	FAM		MAS	
	N	%	N	%
de 0 à 4 places	16	53,3	9	30,0
de 5 à 19 places	4	13,3	2	6,7
de 20 à 39 places	5	16,7	7	23,3
de 40 à 220 places	5	16,7	12	40,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 6 : Répartition des FAM et MAS selon le nombre total de places d'accueil de jour

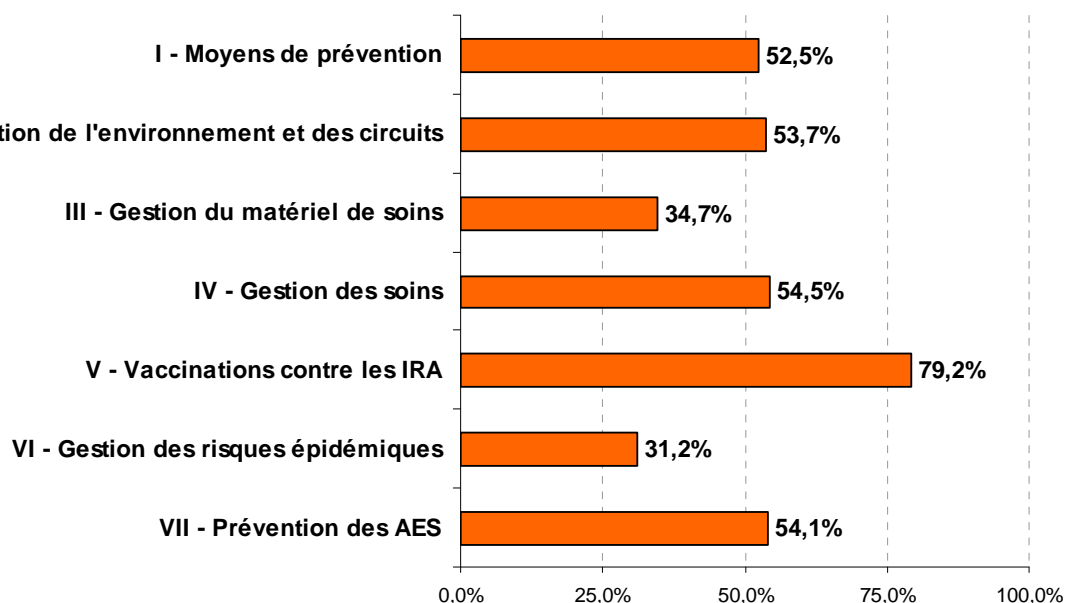
Taille	FAM		MAS	
	N	%	N	%
0 à 1 place	22	73,3	10	33,3
de 2 à 5 places	5	16,7	7	23,3
de 6 à 10 places	2	6,7	10	33,3
11 à 17 places	1	3,3	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Près des trois quarts des FAM n'ont pas de places d'accueil de jour.

## IV. Résultats globaux de l'enquête pilote pour l'ensemble des FAM

Le score global pour les FAM est de 49,3 % d'objectifs atteints (2 612 / 5 303).

Figure 9 : Pourcentage d'objectifs atteints par thématique



### IV.1. Chapitre I – Moyens de prévention dans l'établissement

Tableau 7 : Objectifs atteints par thème des MOYENS DE PREVENTION

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Moyens	135	300	45,0
Surveillance / Alerte	69	90	76,7
Antibiotiques	31	60	51,7
Tenue du personnel	33	60	55,0
<b>Total</b>	<b>268</b>	<b>510</b>	<b>52,5</b>

#### Moyens



On observe une grande hétérogénéité des réponses entre les établissements concernant les moyens dont ils disposent pour la prévention du risque infectieux (cf. tableau 88 en annexe).

Les deux tiers des FAM bénéficient de la présence d'un professionnel (médical ou paramédical) qui prend en charge l'hygiène et la prévention du risque infectieux. Par contre, pour seulement 8 FAM (26,7%), le rapport annuel d'activité comporte un chapitre sur l'hygiène et le risque infectieux.

La formation est principalement organisée pour les infirmiers (IDE), les aides-soignants (AS), aides médico-psychologiques (AMP), kinésithérapeutes et les psychologues (60% des FAM), mais plus rarement pour l'équipe médicale (30% des FAM) et les personnels administratifs (20% des FAM).



## Surveillance/Alerte

Tableau 8 : Objectifs atteints par critère du thème SURVEILLANCE/ALERTE

 	Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
	Une information sur le portage d'une BMR par un usager est portée à la connaissance de l'ensemble des professionnels de l'établissement	21	30	70,0
	L'état nutritionnel est suivi pour les usagers le nécessitant	29	30	96,7
	<b>Total</b>	<b>69</b>	<b>90</b>	<b>76,7</b>

## Antibiotiques

Tableau 9 : Objectifs atteints par critère du thème ANTIBIOTIQUES


 	Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
	Une réévaluation de prescription des antibiotiques est réalisée par le prescripteur entre la 48 <sup>ème</sup> et la 72 <sup>ème</sup> heure	15	30	50,0
	<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>60</b>	<b>51,7</b>

Pour la moitié des FAM, une réévaluation de prescription est réalisée entre la 48<sup>ème</sup> et la 72<sup>ème</sup> heure.

Pour le thème antibiotiques, on observe quasiment le même nombre de FAM (12/30 FAM soit 40%) qui atteignent moins de 10% des objectifs que d'établissement (13/30 FAM soit 43%) qui ont entre 90% et 100% des objectifs. (Cf. tableau 90 en annexe).

## Tenue du personnel

Tableau 10 : Objectifs atteints par critères du thème TENUE DU PERSONNEL


	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	Le port d'une protection (tablier à usage unique, sur blouse...) lors d'une prise en charge de l'usager exposant à des souillures (bio nettoyage, soins de nursing et soins infirmiers) est demandé	18	30	60,0
	La mise à disposition d'une protection adaptée à la situation* est proposée pour les intervenants extérieurs (infirmière libérale, kinésithérapeute, médecin de ville, podologue, personnel de laboratoire de biologie...)	17	30	56,7
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>60</b>	<b>58,3</b>

\*épidémie de GEA, gale...

Pour ce thème, 30% des FAM ne répondent à aucun des objectifs.  
Ces 9 établissements sont plutôt de petites structures qui ont entre 10 et 65 places (médiane=24).

## IV.2. Chapitre II – Gestion de l'environnement et des circuits

Tableau 11 : Objectifs atteints par thèmes de la GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CIRCUITS

	<b>Thèmes</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	Locaux	293	475*	61,7
	Restauration	289	447*	64,7
	Linge	126	270	46,7
	Déchets	141	240	58,8
	Eau	369	836*	44,1
<b>Total</b>		<b>1 218</b>	<b>2 268</b>	<b>53,7</b>

\*Pour les thèmes locaux, restauration, et eau des réponses « non adapté » étaient possibles. Elles n'ont pas été comptées dans le nombre de points attendus

### Locaux

Tableau 12 : Objectifs atteints par critères du thème LOCAUX



	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
<b>Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures de nettoyage des locaux</b>				
	Un chariot de ménage est à la disposition des équipes	30	30	100,0
	Le matériel nécessaire existe : <i>microfibres, bandeaux et balais trapèze</i>	26	30	86,7
	Le matériel nécessaire existe : <i>chiffonnettes, produits et gants de ménage</i>	27	30	90,0

Tableau 13: Taux d'utilisation des différents matériels


	<b>Matériels</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>n' (Nb de FAM utilisant le matériel)</b>	<b>N (Nb total de FAM)</b>	<b>% d'utilisation</b>
	<i>des microfibras</i>	27	30	90,0
	<i>des bandeaux</i>	28	30	93,3
	<i>des balais trapèzes</i>	30	30	100,0
	<i>des chiffonnettes</i>	30	30	100,0
	<i>des produits</i>	30	30	100,0
	<i>des gants de ménages</i>	27	30	90,0

Pour la majorité des FAM, des procédures de nettoyage des locaux existent, mais elles n'ont pour la plupart, pas été évaluées au cours des 5 dernières années.

Sept FAM ont entre 10 et 19% des objectifs atteints pour le thème Locaux. Ces établissements ont un nombre de places compris entre 10 et 72 (médiane = 40).

### Hygiène en restauration

Tableau 14 : Objectifs atteints par critères du thème HYGIENE EN RESTAURATION

	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	<b>La méthode HACCP est en place dans les services cuisine (y compris par le prestataire)</b>	30	30	<b>100,0</b>

Pour la moitié des FAM, des conduites à tenir sont prévues en cas de dysfonctionnement.

Parmi les 13 FAM qui ont instauré une procédure concernant la distribution des repas celle-ci est validée par le directeur ou par l'instance de prévention des infections. Pour 9 FAM (69,2%), la procédure prévoit de faciliter l'hygiène des mains des usagers.

### Gestion du linge

Tableau 15 : Objectifs atteints par critères du thème GESTION DU LINGE



	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	<b>Lors des manipulations du linge souillé par des liquides biologiques (selles, urines, sang) il est demandé d'appliquer les précautions standard</b>	16	30	53,3

Tableau 16 : Précisions sur le thème GESTION DU LINGE

	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>n' (Nb de FAM concernés)</b>	<b>N (Nb total de FAM)</b>	<b>%</b>
<b>Il est demandé d'appliquer les précautions standard :</b>				
	<i>le port de gants</i>	25	30	83,3
	<i>l'hygiène des mains</i>	25	30	83,3
	<i>la protection de la tenue par un tablier ou sur une blouse</i>	16	30	53,3
<b>Les moyens mis à disposition sont:</b>				
	<i>un chariot ou armoire ou local fermé,</i>	27	30	90,0
	<i>des sacs pour le tri du linge sale / souillé</i>	29	30	96,7
	<i>le matériel de protection pour le personnel</i>	22	30	73,3


Tous les moyens nécessaires sont à disposition des équipes dans trois quarts des FAM.

Pour la moitié des FAM, il est précisé d'appliquer les précautions standard lors des manipulations du linge souillé par des liquides biologiques.

Que ce soit pour le circuit du linge propre ou sale, environ la moitié des FAM dispose de procédures de gestion du linge, qui ne sont pas forcément validées ou évaluées au cours des 5 dernières années.

### Gestion des déchets



Tableau 17 : Objectifs atteints par critères du thème GESTION DES DECHETS

	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	<b>Il existe des procédures de gestion des déchets dans l'établissement</b>	13	30	43,3
	<b>Lors des manipulations de tous les déchets, il est demandé dans les procédures d'appliquer les précautions « standard »</b>	11	30	36,6
	<b>Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures et les éléments suivants sont à disposition des équipes et des usagers concernés</b>	22	30	73,3

Moins de la moitié des FAM (43,3%) ont des procédures sur la gestion des déchets.

Près des trois quarts des FAM ont la totalité des moyens à disposition pour les équipes permettant ainsi la bonne gestion des déchets (sacs, collecteurs OPCT, matériel de protection).

Tableau 18 : Précisions sur le thème GESTION DES DECHETS

Critères  ≥ 75%, encourageant  < 20%, actions prioritaires	n' (FAM avec réponses « oui »)	N (total FAM)	%
	<b>Les procédures sont :</b>	<b>8</b>	<b>13</b>
<i>Validées</i>	11	13	84,6
<i>Diffusées</i>	11	13	84,6
<i>Évaluées</i>	8	13	61,5
<b>Les précautions standard demandées sont:</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>36,7</b>
<i>Le port de gants</i>	20	30	66,7
<i>L'hygiène des mains</i>	19	30	63,3
<i>La protection de la tenue</i>	11	30	36,7

20 FAM parmi les 30 ont leur production de DASRI par mois.



Tableau 19: Répartition des établissements selon la production de DASRI par classes et procédures associées

La production de DASRI (kg / mois)	n' (Nb de FAM concernés)	% (répartition)	n' (FAM avec procédure en place)	% pour chaque classe
[1-4]	11	55,0	4	36,4
[5-10]	5	25,0	3	60,0
[11-90]	4	20,0	2	50,0
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>	<b>9</b>	<b>45,0</b>

Les FAM ayant une grosse quantité de déchets sont plus nombreux à avoir des procédures de gestion de déchets en place.

### Gestion de la qualité de l'eau

Tableau 20 : Objectifs atteints du thème GESTION DE LA QUALITE DE L'EAU

Critères  ≥ 75%, encourageant  < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
	<b>Vous utilisez l'eau embouteillée (N=19 FAM concernés)</b>		
Une vérification de la date limite de consommation est réalisée à périodicité définie	18	19	94,7
Un lieu de stockage adapté est prévu	19	19	100,0
<b>Vous utilisez l'eau des fontaines réfrigérantes (N= 14 FAM concernés)</b>			
Un prélèvement annuel contrôlant la potabilité des fontaines est réalisé	10	14	71,4
Un entretien régulier des fontaines est programmé selon les préconisations du fabricant	12	14	85,7
Il existe une maintenance du circuit interne	13	14	92,9

Près des deux tiers des FAM ont de l'eau en bouteille à disposition, et la moitié possèdent des fontaines réfrigérantes. Dans les deux cas, la gestion est bien effectuée.



Par contre, une procédure détaillant la conduite à tenir devant des dysfonctionnements et/ou en présence de résultats d'analyse non conformes de la qualité de l'eau de consommation alimentaire est mise en place dans seulement 5 FAM sur 30 (17%).

Concernant l'eau pour les soins, seuls 3 des établissements évalués ont une procédure détaillant la conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (10%). Le prélèvement d'eau du robinet n'est effectué que dans 4 FAM sur 30 (13%).

Huit FAM disposent de bassins de rééducation s'apparentant à une grande baignoire, Sept les nettoient et les vident après utilisation. Huit ont une installation qui s'apparente à une « mini piscine », ceux-ci ont un nombre de places variant de 15 à 72 (médiane = 47). Trois quart des FAM concernés mettent en œuvre les mesures préconisées par l'ARS.

Comme pour la plupart des thèmes du chapitre I (Moyens de prévention), la répartition des FAM sur le % des objectifs atteints pour la gestion de la qualité de l'eau est très hétérogène (cf. tableau 96 en annexe).

### IV.3. Chapitre III – Gestion du matériel de soins

Le score global d'objectifs atteints est de 34,7%

Tableau 21 : Objectifs atteints sur l'entretien du MATERIEL DE SOINS

Matériels	Nombre de FAM qui utilisent ce matériel (n = 30)	Mode de traitement choisi par le FAM (%)			Procédure (%)	
		Détergent / Désinfectant	Vapeur	Autre mode ou sans traitement	Existe	Validée
Dispositif de distribution de médicaments	26	88,5	11,5	0,0	42,3	38,5
Brassard à tension	25	68,0	-	32,0	28,0	24,0
Chariot de soins	23	87,0	13,0	0,0	47,8	39,1
Thermomètre usager	23	78,3	-	21,7	30,4	21,7
Chariot douche/fauteuil	22	81,8	4,5	13,7	45,5	31,8
Chaise percée	22	90,9	-	9,1	22,7	13,6
Appareillage	20	70,0	-	30,0	35,0	30,0
Bassin et urinoir	18	88,9	-	11,1	33,3	22,2
Lève personne ou verticalisateur (sangles ou hamac)	18	72,2	5,6	22,2	27,8	22,2
Chaise de pesée, plateforme	13	59,1	0,0	40,9	53,8	38,5
Générateur (appareil) aérosol	11	81,8	-	18,2	27,3	27,3
Extracteur à oxygène	8	62,5	-	37,5	50,0	50,0
Matériel de ventilation non invasive (masque...)	7	42,9	-	57,1	42,9	14,3
Matériel respiratoire	6	66,7	-	33,3	50,0	50,0

(-) : signifie que le matériel n'est pas concerné par le mode vapeur.

D'une manière générale, les procédures font le plus souvent défaut quels que soient les matériels de soins (35%).

Les matériels les plus disponibles sont les dispositifs de distribution de médicaments, les brassards à tension et les chariots de soins, pour lesquels les procédures n'existent pas dans 70 à 80% des cas.

21% des FAM ont moins de 50% d'objectifs atteints pour la gestion du matériel de soins.

Seul un tiers des FAM a une procédure de traitement (nettoyage et désinfection) du matériel de soins réutilisable ne nécessitant pas de stérilisation.

#### IV.4. Chapitre IV – Gestion des soins

Tableau 22 : Objectifs atteints par thèmes de la GESTION DES SOINS

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Actes infirmiers / nursing	78	218*	35,8
Hygiène corporelle	88	119*	73,9
Précautions standard	203	240	84,6
Précautions complémentaires	38	90	42,2
Antiseptiques	38	150	25,3
<b>Total</b>	<b>445</b>	<b>817</b>	<b>54,5</b>

\*Pour les thèmes actes infirmiers/nursing et hygiène corporelle des réponses « non adapté » étaient possibles. Elles n'ont pas été comptées dans le nombre de points attendus

#### Actes de soins infirmiers et de nursing

Un seul FAM ne pratique aucun des actes listés dans le manuel.

Tableau 23 : Objectifs atteints sur les procédures des soins pratiqués

Thèmes	Soins pratiqués /30	Procédure		Score (%)
		Existe	Validée	
Hygiène des mains et port de gants	28	18	15	53,6
Soins de nursing (toilette, soins bucco dentaires...)	28	9	7	25,0
Précautions standard	27	13	8	29,6
Plaies (escarres, ulcères...)	22	10	8	36,4
Précautions complémentaires	22	9	6	27,3
Sondage vésical	16	6	6	37,5
Aérosolthérapie	14	5	5	45,5
Aspiration buccale	14	5	5	35,7
Oxygénothérapie	14	3	3	21,4
Pose d'une perfusion sous cutanée	13	4	4	30,8
Aspiration bronchique ou endotrachéale	11	7	6	54,5
Pose d'une voie veineuse	9	5	5	55,6

Les soins type aspiration bronchique ou endotrachéale, aérosolthérapie, sondage vésical, oxygénothérapie ou aspiration buccale sont pratiqués dans les grandes structures. (Cf. tableau 98 en annexe)

L'hygiène de mains et le port de gants sont le plus souvent cités avec les soins de nursing, les précautions standard et complémentaires et les soins de plaies.

Quand elle existe, la procédure est validée pour tous les actes invasifs : sondage vésical, pose d'une perfusion sous cutanée et pose d'une voie veineuse. Elle est également systématiquement validée pour l'aérosolthérapie, l'aspiration buccale et l'oxygénothérapie. La procédure d'aspiration bronchique existe pour 7 sur 30 FAM et est validée pour 6 d'entre eux.


Tableau 24 : Soins pratiqués pour les 16 FAM ayant moins de 20% d'objectifs atteints

Thèmes	Nb de FAM où les soins sont pratiqués /16	Procédure	
		Existe	Validée
Hygiène des mains et port de gants	15	5	2
Soins de nursing (toilette, soins bucco dentaires...)	15	2	0
Précautions standard	15	3	0
Précautions complémentaires	12	2	0
Plaies (escarres, ulcères...)	10	2	1
Pose d'une perfusion sous cutanée	9	1	1
Aérosol thérapie	8	0	0
Aspiration buccale	7	0	0
Oxygénothérapie	7	0	0
Sondage vésical	6	0	0
Aspiration bronchique ou endotrachéale	4	0	0
Pose d'une voie veineuse	4	0	0

Les FAM ayant un faible pourcentage d'objectifs atteints pratiquent globalement les mêmes soins que tous les FAM, mais n'ont pas souvent de procédures.

### Hygiène corporelle, prestations de soins et d'accompagnement des usagers

Tableau 25 : Objectifs atteints par critères du thème HYGIENE CORPORELLE

Critères  ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Chaque usager bénéficie d'un projet personnalisé et d'un document de prise en charge individuel	28	30	93,3
La surveillance de l'état bucco dentaire est organisée par l'établissement	25	29	86,2
Le lavage des mains et/ou l'utilisation des PHA est préconisé aux usagers	22	30	73,3

La quasi-totalité des établissements met en place un projet personnalisé pour l'utilisateur. Moins de la moitié des FAM a une procédure sur l'hygiène corporelle des usagers. L'hygiène bucco-dentaire est organisée dans la majorité des FAM (86%) et l'hygiène des mains des usagers pour 3/4 des FAM (73%).

Plus des deux tiers des FAM ont un score d'objectifs atteints supérieur à 70% (cf. tableau 100 en annexe).

## Précautions standard : formation et ressources matérielles

### Formation/Information

Les précautions standard ont fait l'objet d'une information et ou formation et d'une diffusion large auprès de tout le personnel pour près des 2/3 des FAM.

L'information sur les conditions d'utilisation des produits hydro-alcooliques a été effectuée dans les 2/3 des FAM.


### Ressources matérielles pour l'hygiène des mains

Seuls 2 des FAM évalués n'ont pas de produits hydro-alcooliques à disposition du personnel (structures de 53 et 65 places).

Pour l'ensemble des 30 FAM : la totalité des postes de lavages de mains est entièrement équipée d'un distributeur d'essuie-mains, un distributeur de savon doux liquide et d'une poubelle, à l'exception de 2 FAM auxquels il manque soit une poubelle, soit un distributeur d'essuie-mains.

## Précautions complémentaires

Tableau 26 : Objectifs atteints par critères du thème PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES

	<b>Critères</b>	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
		≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires		
	<b>Les précautions complémentaires font l'objet d'une information spécifique aux professionnels concernés</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>
	<b>Il existe une signalisation lors de la mise en œuvre des précautions complémentaires</b>	<b>14</b>	<b>30</b>	<b>46,7</b>

Aucune procédure Précautions Complémentaires n'existe pour 50% des FAM.


L'information spécifique aux personnels en cas de précautions complémentaires est prévue pour la moitié des FAM, ainsi que la signalisation pour 14 / 30 FAM.

Tableau 27 : Précisions sur les PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES

<b>Critères</b>	<b>n' (Nb de FAM concernés)</b>	<b>N (Nb de FAM ayant une procédure PC)</b>	<b>%</b>
<b>Concernant les procédures précautions complémentaires il existe celles :</b>	<b>9</b>	<b>15</b>	<b>60,0</b>
<i>de type contact</i>	<i>10</i>	<i>15</i>	<i>66,7</i>
<i>de type gouttelettes</i>	<i>9</i>	<i>15</i>	<i>60,0</i>
<i>de type air</i>	<i>9</i>	<i>15</i>	<i>60,0</i>

## Antiseptiques


Tableau 28 : Objectifs atteints par critères du thème ANTISEPTIQUES

 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>Il existe une procédure sur l'utilisation des antiseptiques dans l'établissement</b>	6	30	<b>20,0</b>
<b>Le principe d'une antisepsie en 4 temps (nettoyage - rinçage - séchage - antisepsie avec séchage spontané) est préconisé (exemple : pose d'un cathéter veineux ou sous cutané)</b>	18	30	60,0

80% des FAM ne disposent d'aucune procédure concernant l'utilisation des antiseptiques,

Le principe d'une antisepsie en 4 temps est préconisé dans 60% des FAM.


Tableau 29 : Précisions sur la procédure d'utilisation des antiseptiques

 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	n' (Nb de FAM concernés)	N (Nb de FAM avec une procédure antiseptique)	%
<b>La procédure est : validée et diffusée</b>	4	6	<b>83,3</b>
<i>validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections</i>	4	6	66,7
<i>diffusée aux professionnels concernés</i>	5	6	83,3
<b>Le temps de contact des antiseptiques est précisé</b>	4	6	<b>83,3</b>
<b>L'inscription de la date d'ouverture sur les flacons multi doses est demandée</b>	6	6	<b>100,0</b>

L'inscription de la date d'ouverture sur les flacons multidoses est préconisée pour la totalité des FAM qui disposent d'une procédure.


## IV.5 Chapitre V – Les vaccinations contre les infections respiratoires

Tableau 30 : Objectifs atteints par thème de la VACCINATION CONTRE LES IRA

 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>Total</b>	<b>95</b>	<b>120</b>	<b>79,2</b>

Un établissement ne répond à aucun critère de la vaccination (35 places).

Tableau 31 : Objectifs atteints par critères de la VACCINATION CONTRE LES IRA


 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
L'établissement organise la vaccination antigrippale des usagers en lien avec le médecin traitant	29	30	96,7
L'établissement encourage la vaccination antigrippale de tout le personnel de l'établissement	20	30	66,7
L'établissement organise la vaccination anti pneumococcique des usagers à risque	21	30	70,0
L'établissement rappelle les obligations réglementaires en matière de vaccination des personnels	25	30	83,3

La vaccination antigrippale de tout le personnel est encouragée dans les 2/3 des FAM.

Un seul établissement n'organise pas la vaccination antigrippale des usagers en lien avec le médecin traitant, la vaccination anti-pneumococcique des usagers à risque n'est pas organisée pour 8 FAM (1 n'est pas concerné).


#### IV.6. Chapitre VI – Gestion des risques épidémiques

Tableau 32 : Objectifs atteints par thèmes de la GESTION DES RISQUES EPIDEMIQUES

 Thèmes ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Gale	98	240	40,8
<b>Tuberculose pulmonaire</b>	<b>27</b>	<b>330</b>	<b>8,2</b>
Gastro-entérite	64	150	42,7
Infection respiratoire	92	180	51,1
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>900</b>	<b>31,2</b>


#### Gale

Tableau 33 : Objectifs atteints du thème GALE

 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à un cas de gale.</b>	<b>12</b>	<b>30</b>	<b>40,0</b>

## Tuberculose pulmonaire

Tableau 34 : Objectifs atteints du thème TUBERCULOSE

	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	<b>Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à un cas de suspicion de tuberculose.</b>	<b>4</b>	<b>30</b>	<b>13,3</b>

Seuls 4 des FAM évalués ont une procédure pour faire face à un cas de suspicion de tuberculose, dont 2 validées. Toutes les procédures prévoient la mise en place des précautions complémentaires type air en attendant le transfert, les trois quarts prévoient des masques chirurgicaux pour l'usager atteint et des masques respiratoires (FFP1 ou FFP2) pour le personnel.

## Gastro-entérite

Tableau 35 : Objectifs atteints par critères du thème GASTRO-ENTERITE



	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	<b>Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à une épidémie (à partir de 3 cas)</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>36,7</b>
	<b>Les précautions complémentaires contact sont mises en place</b>	<b>20</b>	<b>30</b>	<b>66,7</b>
	<b>En cas d'usager suspect de diarrhée à Clostridium difficile :</b>			
	le maintien dans sa chambre est préconisé	15	30	50,0
	un traitement des locaux comportant une désinfection à l'Eau de Javel diluée est prévue	12	30	40,0

Tableau 36 : Précisions sur la procédure pour faire face à une épidémie de gastro-entérite

	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>n' (Nb de FAM concernés)</b>	<b>N (Nb de FAM ayant une procédure GEA)</b>	<b>%</b>
	<b>La procédure est : écrite, validée et diffusée</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>54,5</b>
	<i>écrite</i>	10	11	90,9
	<i>validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections</i>	7	11	63,6
	<i>diffusée aux professionnels concernés</i>	9	11	81,8

Onze FAM ont une procédure pour faire face à une épidémie de gastro-entérite, parmi eux 7 disposent d'une procédure validée.

Les précautions complémentaires contact sont mises en place dans les 2/3 des FAM, et pour la moitié d'entre eux, le maintien de l'usager dans sa chambre est préconisé.



Moins de la moitié (40%) des FAM utilise l'eau de javel en cas d'usager suspect de diarrhée à *Clostridium difficile*.

L'information est prévue vers les usagers et les salariés dans moins des 2/3 des FAM et vers les visiteurs pour la moitié des FAM.

### Infection respiratoire aiguë basse

Tableau 37 : Objectifs atteints par critères du thème INFECTION RESPIRATOIRE

	Critères	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>Il existe une conduite à tenir dans l'établissement pour la prise en charge des usagers atteints d'infection respiratoire aiguë (IRA)</b>	10	30	33,3
	<b>Les précautions complémentaires de type gouttelettes sont mises en place</b>	19	30	63,3
	<b>Le port du masque chirurgical est indiqué pour le personnel effectuant des soins auprès des usagers atteints d'IRA</b>	19	30	63,3
	<b>Il est demandé à l'usager atteint d'IRA de ne pas fréquenter la structure de jour et s'il quitte sa chambre, de porter un masque chirurgical</b>	17	30	56,7
	<b>La participation à des activités de groupe est temporairement suspendue pour l'usager atteint d'IRA</b>	20	30	66,7

Tableau 38 : Précisions sur la conduite à tenir pour la prise en charge des usagers atteints d'IRA

	Critères	n' (Nb de FAM concernés)	N (Nb de FAM ayant une procédure IRA)	%
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>La conduite à tenir est : écrite, validée et diffusée</b>	7	10	70,0
	<i>Écrite</i>	8	10	80,0
	<i>Validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections</i>	8	10	80,0
	<i>Diffusée aux professionnels concernés</i>	9	10	90,0

Les 2/3 des FAM ont un protocole qui précise le port de masque chirurgical pour le personnel, la mise en place des précautions complémentaires et la suspension de la participation de l'usager aux activités de groupe. Le port de masque est préconisé pour le résident s'il doit quitter sa chambre dans 17/30 FAM.

## IV.7. Chapitre VII – Prévention des accidents d'exposition au sang

Tableau 39 : Objectifs atteints pour la PREVENTION DES AES



 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>Total</b>	<b>185</b>	<b>342</b>	<b>54,1</b>

Tableau 40 : Objectifs atteints par critères de la PREVENTION DES AES

 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>L'établissement rappelle les obligations réglementaires en matière de vaccination contre le VHB pour les personnels</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>83,3</b>
<b>Une formation / information auprès de tout le personnel y compris les intervenants extérieurs pour prévenir les risques d'AES a été organisée dans l'établissement</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>36,7</b>
<b>Il existe une procédure dans l'établissement détaillant la CAT en cas d'AES</b>	<b>23</b>	<b>30</b>	<b>76,7</b>
<b>En cas d'AES, il est prévu de faire rapidement un test VIH pour investiguer la personne source (lorsque celle-ci est connue et avec son accord ou avec l'accord de la personne de confiance ou du représentant légal)</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>73,3</b>
<b>Il existe un suivi épidémiologique des AES dans l'établissement réalisé par le médecin de santé au travail</b>	<b>13</b>	<b>30</b>	<b>43,3</b>

Les trois quarts des FAM ont une procédure détaillant la conduite à tenir en cas d'AES.

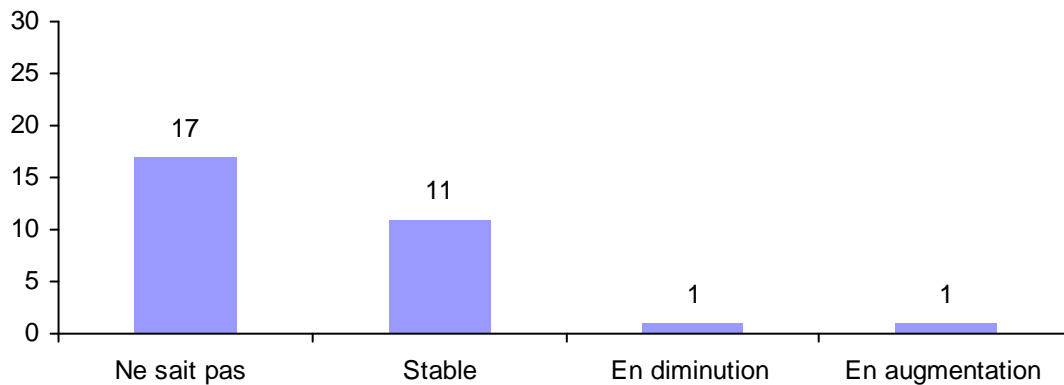
Tableau 41 : Objectifs atteints pour le matériel de sécurité

Le personnel dispose des équipements ou du matériel de sécurité suivants :	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus*	% d'objectifs atteints
du matériel sécurisé pour prélèvements capillaires	21	27	77,8
du matériel sécurisé pour prélèvements sanguins	15	25	60,0
des collecteurs OPCT munis de système de fixation	14	30	46,7
du matériel sécurisé pour l'insulinothérapie par auto-piqueur	8	20	40,0
du matériel sécurisé pour perfusions sous cutanées	6	16	37,5
des collecteurs OPCT fixés sur un support	8	28	28,6
du matériel sécurisé pour injections	8	29	27,6
du matériel sécurisé pour perfusions veineuses	4	15	26,7

\* les établissements non concernés ont été ôtés du dénominateur

On observe une grande hétérogénéité des réponses selon les FAM.

Figure 10 : tendance évolutive des AES au cours des 3 dernières années

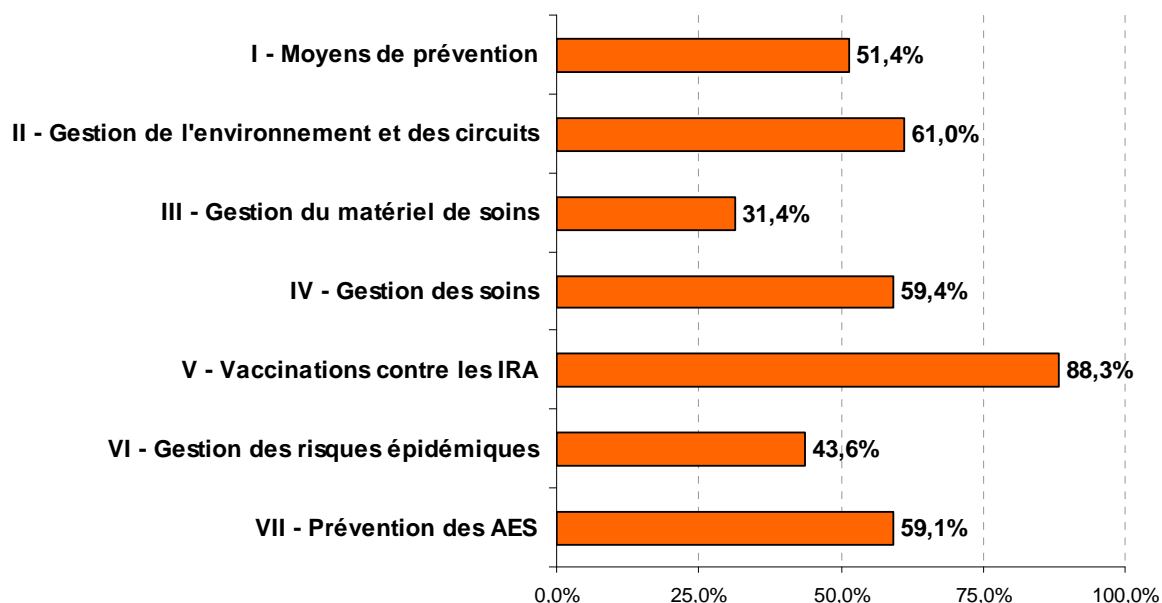


La moitié des FAM ne connaît pas l'évolution des AES au cours de 3 dernières années.

## V. Résultats globaux de l'enquête pilote pour l'ensemble des MAS

Le score global pour les MAS est de 55,1 % d'objectifs atteints (2 973 / 5 393).

Figure 11 : Pourcentage d'objectifs atteints par thématique



### V.1 Chapitre I – Moyens de prévention dans l'établissement

Tableau 42 : Objectifs atteints par thème des MOYENS DE PREVENTION

Thèmes	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Moyens	115	300	38,3
Surveillance / Alerte	72	90	80,0
Antibiotiques	40	60	66,7
Tenue du personnel	35	60	58,3
<b>Total</b>	<b>262</b>	<b>510</b>	<b>51,4</b>

#### Moyens



On observe une grande hétérogénéité des réponses entre les établissements concernant les moyens dont ils disposent pour la prévention du risque infectieux (cf. tableau 88 en annexe).

Plus des deux tiers des MAS (21/30) bénéficient de la présence d'un professionnel (médical ou paramédical) qui prend en charge l'hygiène et la prévention du risque infectieux. Par contre, pour seulement 7 MAS (23,3%), le rapport annuel d'activité comporte un chapitre sur l'hygiène et le risque infectieux.

La formation est principalement organisée pour les infirmiers (IDE), les aides-soignantes (AS), kinésithérapeutes, psychologues et personnels techniques (47,0% des MAS), mais plus rarement pour l'équipe médicale (26,7% des MAS).

## Surveillance/Alerte



Tableau 43 : Objectifs atteints par critères du thème SURVEILLANCE / ALERTE

Critères  ≥ 75%, encourageant  < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Une conduite à tenir de prise en charge des usagers présentant une dénutrition protidique et/ou une déshydratation est validée par un médecin	22	30	73,3
Une information sur le portage d'une BMR par un usager est portée à la connaissance de l'ensemble des professionnels de l'établissement	20	30	66,7
L'état nutritionnel est suivi pour les usagers le nécessitant	30	30	100,0
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>90</b>	<b>80,0</b>

L'information d'une BMR est systématiquement portée à la connaissance des professionnels, pour 20 / 30 MAS.

## Antibiotiques

Tableau 44 : Objectifs atteints par critères du thème ANTIBIOTIQUES


Critères  ≥ 75%, encourageant  < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Une réflexion / sensibilisation au bon usage des antibiotiques existe dans l'établissement (réunion d'information, relais auprès des médecins...)	20	30	66,7
Une réévaluation de prescription des antibiotiques est réalisée par le prescripteur entre la 48 <sup>ème</sup> et la 72 <sup>ème</sup> heure	20	30	66,7
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>60</b>	<b>66,7</b>

Pour les 2/3 des MAS, une réévaluation de prescription est réalisée entre la 48<sup>ème</sup> et la 72<sup>ème</sup> heure.

On observe plus d'une MAS sur deux (17 soit 56,7%) ayant entre 90% et 100% des objectifs pour le thème antibiotiques (cf. tableau 90 en annexe).

## Tenue du personnel

Tableau 45 : Objectifs atteints par critères du thème TENUE DU PERSONNEL


	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	Le port d'une protection (tablier à usage unique, sur blouse...) lors d'une prise en charge de l'utilisateur exposant à des souillures (bio nettoyage, soins de nursing et soins infirmiers) est demandé	18	30	60,0
	La mise à disposition d'une protection adaptée à la situation* est proposée pour les intervenants extérieurs (infirmière libérale, kinésithérapeute, médecin de ville, podologue, personnel de laboratoire de biologie...)	17	30	56,7
<b>Total</b>		<b>35</b>	<b>60</b>	<b>58,3</b>

\*épidémie de GEA, gale...

Pour ce thème, 30% des MAS ne répondent à aucun des objectifs. Ces 9 établissements sont plutôt de grandes structures qui ont entre 20 et 59 places (médiane=48).

## V.2 Chapitre II – Gestion de l'environnement et des circuits

Tableau 46 : Objectifs atteints par thèmes de la GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DES CIRCUITS

	<b>Thèmes</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	Locaux	335	472*	71,0
	Restauration	273	444*	61,5
	Linge	144	270	53,3
	Déchets	161	240	67,1
	Eau	461	826*	55,8
<b>Total</b>		<b>1374</b>	<b>2252</b>	<b>61,0</b>

\*Pour les thèmes locaux, restauration, et eau des réponses « non adapté » étaient possibles. Elles n'ont pas été comptées dans le nombre de points attendus

### Locaux

6 MAS ont entre 10 et 19% des objectifs atteints pour le thème Locaux (cf. tableau 92 en annexe). Ces établissements ont un nombre de places compris entre 36 et 59 (médiane = 46,5).

Pour la majorité des MAS (80%), des procédures de nettoyage des locaux existent, mais elles ne sont pas systématiquement évaluées au cours des 5 dernières années.

Tableau 47 : Objectifs atteints par critères du thème LOCAUX




	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
<b>Les moyens alloués permettent l'application de ces procédures de nettoyage des locaux</b>				
	Un chariot de ménage est à la disposition des équipes	30	30	100,0
	Le matériel nécessaire existe : <i>microfibres, bandeaux et balais trapèze</i>	24	30	80,0
	Le matériel nécessaire existe : <i>chiffonnettes, produits et gants de ménage</i>	29	30	96,7

Tableau 48 : Taux d'utilisation des matériels

	<b>Matériels</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>n' (Nb de MAS concernées)</b>	<b>N (Nb total de MAS)</b>	<b>%</b>
	<i>des microfibres</i>	26	30	86,7
	<i>des bandeaux</i>	28	30	93,3
	<i>des balais trapèzes</i>	30	30	100,0
	<i>des chiffonnettes</i>	30	30	100,0
	<i>des produits</i>	30	30	100,0
	<i>des gants de ménage</i>	29	30	96,7

## Hygiène en restauration

Tableau 49 : Objectifs atteints par critères du thème HYGIENE EN RESTAURATION


	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	<b>La méthode HACCP est en place dans les services cuisines (y compris par le prestataire)</b>	30	30	<b>100,0</b>

Parmi les 11 MAS qui ont instauré une procédure concernant la distribution des repas, celle-ci est validée par le directeur ou par l'instance de prévention des infections. Pour 5 / 11 MAS (45,5%) la procédure prévoit de faciliter l'hygiène des mains des usagers.

Pour la moitié des MAS des conduites à tenir sont prévues en cas de dysfonctionnement.

## Gestion du linge

Tableau 50 : Précisions sur le thème GESTION DU LINGE


 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	n' (Nb de MAS concernées)	N (Nb total de MAS)	%
<b>Lors des manipulations du linge souillé par des liquides biologiques (selles, urines, sang) il est demandé d'appliquer les précautions standard</b>			
<i>le port de gants</i>	26	30	86,7
<i>l'hygiène des mains</i>	24	30	80,0
<i>la protection de la tenue par un tablier ou sur une blouse</i>	19	30	63,3
<b>Les moyens nécessaires sont mis à disposition :</b>			
<i>un chariot ou armoire ou local fermé,</i>	28	30	93,3
<i>des sacs pour le tri du linge sale / souillé</i>	28	30	93,3
<i>le matériel de protection pour le personnel</i>	23	30	76,7

Dans près des 2/3 des MAS, il est demandé d'appliquer les précautions standard lors des manipulations du linge souillé par des liquides biologiques.  
Plus de trois quarts des MAS mettent à disposition des équipes tous les moyens nécessaires.

Que ce soit pour le circuit du linge propre ou sale, environ les 2/3 des MAS disposent de procédures de gestion du linge, qui ne sont pas forcément validées par le directeur ou évaluées au cours des 5 dernières années.

## Gestion des déchets

Tableau 51 : Objectifs atteints par critères du thème GESTION DES DECHETS

 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>Il existe des procédures de gestion des déchets dans l'établissement</b>	17	30	56,7

Plus de la moitié des MAS (56,7%) ont des procédures sur la gestion des déchets.

Plus des trois quarts des MAS ont la totalité des moyens à disposition des équipes permettant la bonne gestion des déchets (sac, collecteur OPTC, matériel de protection).



Tableau 52 : Précisions sur les procédures de gestion des déchets


	Critères	n' (Nb de MAS concernées)	N (Nb de MAS avec une procédure Déchets)	%
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>Les procédures sont : validées, diffusées et réévaluées</b>	<b>9</b>	<b>17</b>	<b>52,9</b>
	validées par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections	17	17	100,0
	diffusées et mises à disposition dans tous les secteurs concernés	15	17	88,2
	évaluées au cours des 5 dernières années	9	17	52,9

Tableau 53 : Répartition des établissements selon la production de DASRI par classes et procédures associées


Production de DASRI (kg / mois)	n' (Nb de MAS concernées)	% (répartition)	n' (Nb de MAS avec procédure en place)	% (pour chaque classe)
[1-4]	6	28,6	2	33,3
[5-10]	6	28,6	4	66,7
[11-1073]	9	42,9	6	66,7
<b>Total</b>	<b>21</b>	<b>100,0</b>	<b>12</b>	<b>57,1</b>

21 MAS ont indiqué leur production de DASRI par mois.

Les MAS ayant une grosse quantité de déchets sont plus nombreuses à avoir des procédures de gestion de déchets en place.

### Gestion de la qualité de l'eau

Tableau 54 : Objectifs atteints par critères du thème GESTION DE LA QUALITE DE L'EAU

	Critères	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>Vous utilisez l'eau embouteillée (N= 21 MAS concernées)</b>			
	une vérification de la date limite de consommation est réalisée à périodicité définie	20	21	95,2
	un lieu de stockage adapté est prévu	21	21	100,0
	<b>Vous utilisez l'eau des fontaines réfrigérantes (N= 7 MAS concernées)</b>			
	un prélèvement annuel contrôlant la potabilité des fontaines est réalisé	4	7	57,1
	un entretien régulier des fontaines est programmé selon les préconisations du fabricant	7	7	100,0
	il existe une maintenance du circuit interne	7	7	100,0

Plus des 2/3 des MAS utilisent de l'eau en bouteilles, et moins d'1/3 utilise de l'eau des fontaines réfrigérantes.

Dans les deux cas, l'entretien et la maintenance sont bien effectués.

Par contre, une procédure détaillant la conduite à tenir devant des dysfonctionnements et/ou en présence de résultats d'analyse non conformes de la qualité de l'eau de consommation alimentaire est mise en place dans 10 / 30 MAS. Concernant la qualité de l'eau pour soins standard, une procédure est mise en place dans seulement 4 MAS sur 30.

13 MAS disposent de bassins de rééducation, 9 ont une installation qui s'apparente à une « mini piscine ». Ces 9 MAS ont un nombre de places variant de 26 à 226 (médiane = 40).

Comme pour la plupart des thèmes, la répartition des MAS sur le pourcentage des objectifs atteints pour la gestion de la qualité de l'eau est très hétérogène (cf. tableau 96 en annexe).

### V.3 Chapitre III – Gestion du matériel de soins

Le score global d'objectifs atteints est de 31,4 %.

Tableau 55 : Objectifs atteints sur l'entretien du matériel de soins

Matériels	Nombre de MAS qui utilisent ce matériel	Mode de traitement choisi par la MAS (%)			Procédure	
		Détergent / Désinfectant	Vapeur	Autre mode ou sans traitement	Existe	Validée
Chariot de soins	28	92,9	0,0	7,1	39,3	25,0
Brassard à tension	28	82,1	-	17,9	39,3	28,6
Dispositif de distribution de médicaments	28	85,7	3,6	10,7	53,6	46,4
Chariot lit/douche/fauteuil	28	85,7	7,1	7,2	35,7	25,0
Thermomètre température usager	27	81,5	-	18,5	40,7	29,6
Lève personne ou verticalisateur (sangles ou hamac)	25	76,0	0,0	24,0	28,0	16,0
Chaise de pesée, plateforme	24	79,2	4,2	16,6	33,3	20,8
Chaise percée	23	91,3	-	8,7	26,1	21,7
Appareillage	21	85,7	-	14,3	42,9	28,6
Plat bassin et urinoir	18	94,4	-	5,6	22,2	16,7
Générateur (appareil) aérosol	16	93,8	-	6,2	43,8	31,3
Matériel respiratoire	11	81,8	-	18,2	45,5	27,3
Extracteur à oxygène	11	81,8	-	18,2	36,4	18,2
Matériel de ventilation non invasive (masque...)	9	100,0	-	0,0	44,4	22,2


(-) signifie que le matériel n'est pas concerné par le mode vapeur

Les matériels les plus souvent disponibles sont les dispositifs de distribution de médicaments, les brassards à tension, les chariots de soins et les chariots lit/douche/fauteuil pour lesquels les procédures n'existent pas dans 60 à 80% des cas. D'une manière générale, les procédures font le plus souvent défaut quels que soient les matériels de soins.

43% des MAS (13) ont une procédure de traitement (nettoyage et désinfection) du matériel de soins réutilisable ne nécessitant pas de stérilisation.

## V.4 Chapitre IV – Gestion des soins

Tableau 56 : Objectifs atteints par thèmes de la GESTION DES SOINS


	<b>Thèmes</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>		<b>% d'objectifs atteints</b>
	Actes infirmiers / nursing	111	254*		43,7
	Hygiène corporelle	95	120		79,2
	Précautions standard	191	240		79,6
	Précautions complémentaires	43	90		47,8
	Antiseptiques	67	150		44,7
	<b>Total</b>	<b>507</b>	<b>854</b>		<b>59,4</b>

\*les réponses « non adapté » n'ont pas été incluses dans le nombre de points attendus

Plus de la moitié des MAS répond aux objectifs relatifs aux actes de soins et de nursing (59,4%).

### Actes de soins infirmiers et de nursing

Tableau 57 : Objectifs atteints sur les procédures des soins pratiqués

	<b>Soins pratiqués</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Soins pratiqués /30</b>	<b>Procédure</b>		<b>Score (%)</b>
			<b>Existe</b>	<b>Validée</b>	
	Hygiène des mains et port de gants	29	18	14	46,7
	Précautions standard	27	16	13	43,3
	Soins de nursing (toilette, soins bucco dentaires...)	27	10	8	26,7
	Sondage vésical	25	12	10	33,3
	Précautions complémentaires	24	15	12	40,0
	Plaies (escarres, ulcères...)	22	12	10	33,3
	Aspiration buccale	18	8	5	16,7
	Oxygénothérapie	18	12	10	33,3
	Pose d'une perfusion sous cutanée	18	12	9	30,0
	Aérosolthérapie	17	9	5	16,7
	Aspiration bronchique ou endotrachéale	17	12	7	23,3
	Pose d'une voie veineuse	12	9	8	26,7

Les procédures les plus souvent rédigées, concernent l'hygiène des mains, le port de gants ainsi que les précautions standard et complémentaires, le sondage vésical, l'oxygénothérapie et la pose de perfusion sous cutanée.

Il existe une procédure quasi-systématiquement validée (8 fois sur 9) pour le seul acte invasif de pose d'une voie veineuse.

Les soins infirmiers les plus techniques (sondage vésical, aérosolthérapie, aspiration buccale, oxygénothérapie, pose d'une perfusion sous cutanée ou de voie veineuse) semblent être en moyenne pratiqués dans les MAS de plus grande taille (supérieur à 51 places). (Cf. tableau 98 en annexe)


Tableau 58 : Soins pratiqués pour les 15 MAS ayant moins de 20% d'objectifs atteints

Soins pratiqués	Soins pratiqués / 15	Procédure	
		Existe	Validée
Hygiène des mains et port de gants	15	5	1
Soins de nursing (toilette, soins bucco dentaires...)	15	2	0
Précautions standard	13	3	0
Sondage vésical	12	2	0
Précautions complémentaires	11	3	0
Plaies (escarres, ulcères...)	10	3	1
Aspiration buccale	7	2	0
Aérosol thérapie	7	3	0
Pose d'une perfusion sous cutanée	7	3	0
Oxygénothérapie	6	4	2
Aspiration bronchique ou endotrachéale	5	3	0
Pose d'une voie veineuse	3	1	0

Les MAS ayant un faible pourcentage d'objectifs atteints pratiquent les mêmes soins que toutes les MAS, mais n'ont pas souvent de procédures.

### Hygiène corporelle, prestations de soins et d'accompagnement des usagers

Tableau 59 : Objectifs atteints par critères du thème HYGIENE CORPORELLE

	Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Chaque usager bénéficie d'un projet personnalisé et d'un document de prise en charge individuel	30	30	100,0	
La surveillance de l'état buccodentaire est organisée par l'établissement	28	30	93,3	
Le lavage des mains et/ou l'utilisation des PHA est préconisé aux usagers	22	30	73,3	

La moitié des MAS a une procédure sur l'hygiène corporelle des usagers. La totalité des établissements met en place un projet personnalisé pour l'utilisateur.

La surveillance de l'hygiène bucco-dentaire est organisée dans la grande majorité des MAS et l'hygiène des mains des usagers pour trois quart des MAS.

Plus de 80% des MAS ont un score d'objectifs atteints supérieur à 70% (cf. tableau 100 en annexe)

## Précautions standard

### Formation/information

Les précautions standard ont fait l'objet d'une information et/ou formation et d'une diffusion large auprès de tout le personnel pour plus de la moitié des MAS (17/30).

L'information sur les conditions d'utilisation des produits hydro-alcooliques a été effectuée dans 17 MAS.


### Ressources matérielles pour l'hygiène des mains

Seules 2 MAS n'ont pas de produits hydro-alcooliques à disposition du personnel (structures de 48 et 45 places).

Pour l'ensemble des 30 MAS : tous les postes de lavages de mains sont équipés d'un distributeur d'essuie-mains, un distributeur de savon doux liquide ou une poubelle à l'exception d'1 MAS ne disposant pas de distributeur d'essuie-mains.

## Précautions complémentaires


Tableau 60 : Objectifs atteints par critères du thème PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES

	Critères	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>Les précautions complémentaires font l'objet d'une information spécifique aux professionnels concernés</b>	18	30	60,0
	<b>Il existe une signalisation lors de la mise en œuvre des précautions complémentaires</b>	12	30	40,0

L'information spécifique aux personnels en cas de précautions complémentaires est prévue pour près des deux tiers des MAS, et la signalisation pour 12 / 30 MAS.


Les procédures Précautions Complémentaires n'existent que pour 43% des MAS

Tableau 61 : Précisions sur les procédures précautions complémentaires

	Critères	n' (Nb de MAS concernées)	N (Nb de MAS avec une procédure PC)	%
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>Concernant les procédures précautions complémentaires il existe celles de type contact, gouttelettes et air</b>	13	18	72,2
	<i>de type contact</i>	15	18	83,3
	<i>de type gouttelettes</i>	14	18	77,8
	<i>de type air</i>	13	18	72,2

## Antiseptiques


Tableau 62 : Objectifs atteints par critères du thème ANTISEPTIQUES

	Critères	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>Il existe une procédure sur l'utilisation des antiseptiques dans l'établissement</b>	<b>13</b>	<b>30</b>	<b>43,3</b>
	<b>Le temps de contact des antiseptiques est précisé</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>33,3</b>
	<b>L'inscription de la date d'ouverture sur les flacons multi doses est demandée</b>	<b>10</b>	<b>30</b>	<b>33,3</b>
	<b>Le principe d'une antiseptie en 4 temps (nettoyage - rinçage - séchage - antiseptie avec séchage spontané) est préconisé (exemple : pose d'un cathéter veineux ou sous cutané)</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>80,0</b>

43% des MAS ont une procédure sur l'utilisation des antiseptiques. L'inscription de la date d'ouverture sur les flacons multi doses est préconisée pour 10 MAS sur les 13 qui disposent d'une procédure.

Le principe d'une antiseptie en 4 temps est préconisé dans 80% des MAS.

Tableau 63 : Précisions sur la procédure d'utilisation des antiseptiques

	Critères	n' (Nb de MAS concernées)	N (Nb de MAS avec une procédure antiseptique)	%
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>La procédure est validée et diffusée</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>76,9</b>
	<i>validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections</i>	<i>10</i>	<i>13</i>	<i>76,9</i>
	<i>diffusée aux professionnels concernés</i>	<i>12</i>	<i>13</i>	<i>92,3</i>

## V.5. Chapitre V – Les vaccinations contre les infections respiratoires

Tableau 64 : Objectifs atteints pour les thèmes de la VACCINATION CONTRE LES IRA



 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>120</b>	<b>88,3</b>

Tableau 65 : Objectifs atteints par critères de la VACCINATION CONTRE LES IRA


 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>L'établissement organise la vaccination antigrippale des usagers en lien avec le médecin traitant</b>	<b>30</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>
<b>L'établissement encourage la vaccination antigrippale de tout le personnel de l'établissement</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>83,3</b>
<b>L'établissement organise la vaccination anti pneumococcique des usagers à risque</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>80,0</b>
<b>L'établissement rappelle les obligations réglementaires en matière de vaccination des personnels</b>	<b>27</b>	<b>30</b>	<b>90,0</b>

La totalité des établissements organise la vaccination antigrippale des usagers en lien avec le médecin traitant.

La vaccination antigrippale de tout le personnel est encouragée dans plus de 80% des MAS, et la vaccination anti-pneumococcique des usagers à risque est encouragée dans 83,3% des MAS.

## V.6. Chapitre VI – Gestion des risques épidémiques


Tableau 66 : Objectifs atteints par thèmes de la GESTION DES RISQUES EPIDEMIQUES

 Thèmes ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
Gale	140	240	58,3
Tuberculose pulmonaire	71	330	21,5
Gastro-entérite	83	150	55,3
Infection respiratoire	98	180	54,4
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>900</b>	<b>43,6</b>




## Gale

Tableau 67 : Objectifs atteints par critères du thème GALE

 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à un cas de gale.</b>	<b>19</b>	<b>30</b>	<b>63,3</b>

## Tuberculose pulmonaire


Tableau 68 : Objectifs atteints par critères du thème TUBERCULOSE

 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à un cas de suspicion de tuberculose.</b>	<b>8</b>	<b>30</b>	<b>26,7</b>

26,7% des MAS (8) ont une procédure pour faire face à un cas de suspicion de tuberculose, dont une n'est pas validée. Toutes prévoient la mise en place des précautions complémentaires type air en attendant le transfert, des masques chirurgicaux pour l'utilisateur atteint et des masques respiratoires (FFP1 ou FFP2) pour le personnel.

## Gastro-entérite

Tableau 69 : Objectifs atteints par critères du thème GASTRO-ENTERITE


 Critères ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
<b>Il existe une procédure dans l'établissement pour faire face à une épidémie (à partir de 3 cas)</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>
<b>Les précautions complémentaires contact sont mises en place</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>80,0</b>
<b>En cas d'utilisateur suspect de diarrhée à Clostridium difficile :</b>			
le maintien dans sa chambre est priorisé	18	30	60,0
un traitement des locaux comportant une désinfection à l'Eau de Javel diluée est prévu	16	30	53,3

La moitié des 30 MAS a une procédure pour faire face à une épidémie, dont 10 sont validées. Les précautions complémentaires contact sont mises en place dans 80% des MAS et pour 60% d'entre elles, le maintien de l'utilisateur dans sa chambre est préconisé.

La moitié des MAS prévoit un traitement à l'eau de javel en cas d'usager suspect de diarrhée à *Clostridium difficile*.


L'information est prévue vers les usagers pour un peu plus de la moitié des MAS, et vers les salariés et visiteurs dans les 2/3 des MAS.

Tableau 70 : Précisions sur la procédure pour faire face à une épidémie de gastro-entérite

	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>n' (Nb de MAS concernées)</b>	<b>N (Nb de MAS avec une procédure GEA)</b>	<b>%</b>
	<b>Elle est écrite, validée et diffusée</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>66,7</b>
	<i>écrite</i>	14	15	93,3
	<i>validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections</i>	10	15	66,7
	<i>diffusée aux professionnels concernés</i>	12	15	80,0

### Infection respiratoire aiguë basse


Tableau 71 : Objectifs atteints par critères du thème INFECTION RESPIRATOIRE

	<b>Critères</b> ≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires	<b>Nombre de points obtenus</b>	<b>Nombre de points attendus</b>	<b>% d'objectifs atteints</b>
	<b>Il existe une conduite à tenir dans l'établissement pour la prise en charge des usagers atteints d'infection respiratoire aiguë (IRA)</b>	<b>12</b>	<b>30</b>	<b>40,0</b>
	<b>Les précautions complémentaires de type gouttelettes sont mises en place</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>70,0</b>
	<b>Le port du masque chirurgical est indiqué pour le personnel effectuant des soins auprès des usagers atteints d'IRA</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>70,0</b>
	<b>Il est demandé à l'usager atteint d'IRA de ne pas fréquenter la structure de jour et s'il quitte sa chambre, de porter un masque chirurgical</b>	<b>16</b>	<b>30</b>	<b>53,3</b>
	<b>La participation à des activités de groupe est temporairement suspendue pour l'usager atteint d'IRA</b>	<b>21</b>	<b>30</b>	<b>70,0</b>

40% des établissements ont une procédure pour faire face à une épidémie d'IRA.

Plus des deux tiers indiquent le port de masque chirurgical pour le personnel, mettent en place des précautions complémentaires, et suspendent la participation de l'usager aux activités de groupe. Un peu plus de la moitié des MAS demande à l'usager atteint de porter un masque chirurgical s'il quitte sa chambre.

Tableau 72 : Précisions sur la conduite à tenir pour la prise en charge des usagers atteints d'IRA

	Critères	n' (Nb de MAS concernées)	N (Nb de MAS avec une procédure IRA)	%
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>La conduite à tenir est : écrite, validée et diffusée</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>58,3</b>
	<i>écrite</i>	12	12	100,0
	<i>validée par le directeur de l'établissement ou par l'instance de prévention des infections</i>	7	12	58,3
	<i>diffusée aux professionnels concernés</i>	10	12	83,3

## V.7. Chapitre VII – Prévention des accidents d'exposition au sang

Tableau 73 : Objectifs atteints pour la PREVENTION DES AES



	Critères	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>Total</b>	<b>201</b>	<b>340</b>	<b>59,1</b>

Tableau 74 : Objectifs atteints par critères de la PREVENTION DES AES

	Critères du chapitre VII	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus	% d'objectifs atteints
	≥ 75%, encourageant < 20%, actions prioritaires			
	<b>L'établissement rappelle les obligations réglementaires en matière de vaccination contre le VHB pour les personnels</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>73,3</b>
	<b>Une formation / information auprès de tout le personnel y compris les intervenants extérieurs pour prévenir les risques d'AES a été organisée dans l'établissement</b>	<b>11</b>	<b>30</b>	<b>36,7</b>
	<b>Il existe une procédure dans l'établissement détaillant la CAT en cas d'AES</b>	<b>24</b>	<b>30</b>	<b>80,0</b>
	<b>En cas d'AES, il est prévu de faire rapidement un test VIH pour investiguer la personne source (lorsque celle-ci est connue et avec son accord ou avec l'accord de la personne de confiance ou du représentant légal)</b>	<b>22</b>	<b>30</b>	<b>73,3</b>
	<b>Il existe un suivi épidémiologique des AES dans l'établissement réalisé par le médecin de santé au travail</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>50,0</b>

80% des MAS ont une procédure détaillant la conduite à tenir en cas d'AES.

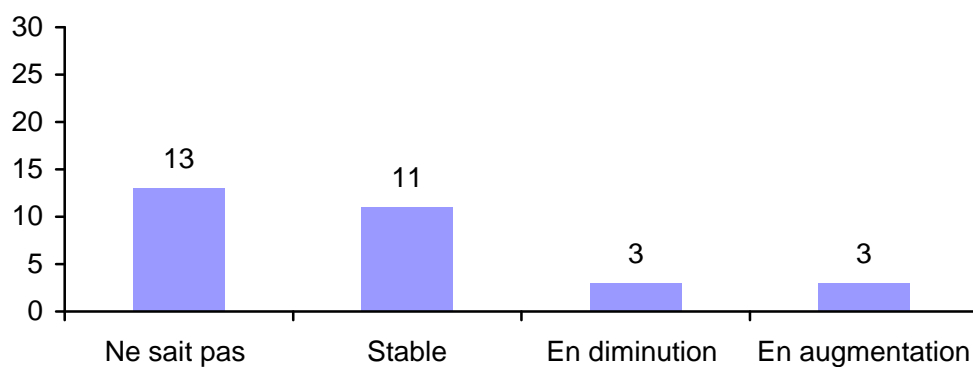
Tableau 75 : Objectifs atteints pour le MATERIEL DE SECURITE

Le personnel dispose des équipements ou du matériel de sécurité suivants :	Nombre de points obtenus	Nombre de points attendus*	% d'objectifs atteints
Du matériel sécurisé pour prélèvements capillaires	18	22	81,8
Du matériel sécurisé pour prélèvements sanguins	20	28	71,4
Du matériel sécurisé pour perfusions veineuses	10	14	71,4
Du matériel sécurisé pour l'insulinothérapie par auto-piqueur	9	14	64,3
Du matériel sécurisé pour perfusions sous cutanées	11	23	47,8
Des collecteurs OPCT munis de système de fixation	12	30	40,0
Des collecteurs OPCT fixés sur un support	9	28	32,1
Du matériel sécurisé pour injections	9	29	31,0

\* les établissements non concernés ont été ôtés du dénominateur

Concernant le matériel de sécurité on observe une grande hétérogénéité des réponses selon les MAS.

Figure 12 : tendance évolutive des AES au cours des 3 dernières années



Près de la moitié des MAS (13) ne connaît pas l'évolution des AES au cours des 3 dernières années.

## VI. Discussion / Enquête pilote

### VI.1. Discussion de la méthode

#### VI.1.1. Point forts de l'étude

La force principale de cette étude tient à l'analyse de données recueillies auprès d'établissements répartis sur plusieurs régions en respectant une période définie suffisamment longue de 6 mois, de janvier à juillet 2014. Cela a été une incitation à faire participer un plus grand nombre d'établissements. Certains établissements ont été moteurs pour à leur tour réaliser cet accompagnement vers d'autres.

L'accompagnement en local effectué par les CCLin Arlin a été une aide à la compréhension des critères et une meilleure vision du risque infectieux dans ces types de collectivité. Cette démarche d'évaluation a permis de créer des liens durables entre les équipes locales et les équipes CCLin Arlin.

Par ailleurs, le principe de scores attribués à chaque question, permettant le calcul de pourcentage d'objectifs atteints par thème, est une démarche reprise d'autres études (audits Précautions standards, Précautions complémentaires d'hygiène...), qui a fait preuve d'une présentation originale des résultats par domaine évalué (Tableau 1). Elle permet de mieux visualiser son niveau d'avancement en termes de prévention des infections associées aux soins. A partir des rapports automatisés et des posters par type d'établissements, chaque établissement était invité à se situer et mettre en œuvre des actions ciblées.

#### VI.1.2. Limites de l'étude

Quelques limites de l'étude doivent être soulignées.

La taille de l'échantillon FAM ou MAS est réduite. En effet, le choix d'un accompagnement local des coordonnateurs de l'enquête par les CCLin-Arlin pour la réalisation de l'autoévaluation n'a pas permis d'enquêter auprès d'un plus grand nombre d'établissements. Il s'agissait néanmoins d'une enquête pilote (de taille souvent limitée), avec un tirage au sort garantissant un minimum de représentativité.

La seconde limite tient au calendrier. Depuis 2012, année de mise en ligne de l'outil de l'autoévaluation, des établissements ont déjà réalisé leur document d'analyse du risque infectieux incluant l'autoévaluation. Des régions se sont aussi organisées à l'exemple de la Bourgogne et de la Franche-Comté avec la mise en place des équipes mobiles d'hygiène ou équivalent dont le premier objectif a été la réalisation d'un état des lieux en utilisant l'outil d'autoévaluation du GREPHH. Des secteurs géographiques sont sous représentés (Nord Pas de Calais, Pays de Loire...), sur représentés (Corse, Réunion) ou non présents (Bourgogne, Champagne-Ardenne, Centre Franche-Comté, Guadeloupe, Guyane, Martinique).

Enfin, dans le cadre de l'auto-évaluation, certains établissements ont probablement répondu à des situations qu'ils n'avaient jamais rencontrées, telles la prise en charge de tuberculose, les AES, comme s'il s'agissait d'un audit de connaissance et non d'autoévaluation des pratiques et des organisations (attitudes déclarées). La réponse sous forme binaire (oui ou non) indiquait pourtant qu'il s'agissait d'expositions vécues ou d'organisation connue.

Enfin, dans un auto-questionnaire, l'objectivité des réponses peut toujours prêter à discussion. L'autoévaluation peut entraîner un biais de réponse.

## VI.2. Discussion de la participation à l'étude

Au sein de l'échantillon des participants issus d'un tirage au sort, on souligne la forte présence des établissements privés : 83,3% des FAM, et 86,7% des MAS, en cohérence avec le statut principalement privé de ces établissements.

Dans l'étude on retrouve le panel des tailles d'établissements.

En FAM, la répartition est homogène, 10% d'établissements de 10 à 14 places, et 30% pour chacune des catégories de places (15 à 29 places, 30 à 50 places et 51 à 226 places).

En MAS, une majorité (53,3%) d'établissements de 30 à 50 places a été suivie, 30,0% de 51 à 226 places 16,7%, de 15 à 29 places et aucune structure de 10 à 14 places.

Plus de la moitié (53,3%) des FAM inclus dans l'étude comptait seulement de 0 à 4 places d'accueil d'hébergement temporaire et/ou permanent.

En MAS, 40% d'établissement disposaient de 40 à 220 places d'accueil d'hébergement temporaire et/ou permanent, 23,3% de 20 à 39 places, 6,7% de 5 à 19 places et 30,0% de 0 à 4 places.

Une majorité de FAM (73,3%) avait un faible nombre de places d'accueil de jour, 0 à 1 place.

En MAS, la répartition des places d'accueil de jour était différente : 0 à 1 place : 33,3% des établissements; 2 à 5 places : 23,3% ; 6 à 10 places : 33,3% : 11 à 17 places : 20,0%.

## VI.3. Discussion des résultats de l'étude et comparaison avec des données de la littérature

En préalable, il est important de rappeler que l'interprétation des résultats doit être modulée par le faible nombre d'établissements participant (enquête pilote).

La comparaison avec d'autres études doit être prudente et doit tenir compte du contexte (comme l'intervention possible extérieur, EOH, Arlin...).

### • Procédures

Les procédures « hygiène corporelle », « PCH » en FAM et conduite à tenir en cas d'AES en FAM et MAS existent dans respectivement 43,3%, 60,0%, 76,7% et 80,0% des établissements.

Toutes les autres procédures n'ont pas été élaborées dans 23,3% à 86,7% des cas en FAM, et dans 20,0% à 73,3% des cas en MAS. Ces procédures concernent : nettoyage des locaux, gestion du linge propre ou sale, gestion des déchets, conduite à tenir en cas de dysfonctionnement du réseau d'eau ou de légionellose, traitement du matériel de soins, faire face à un cas de suspicion de tuberculose, d'épidémie de GEA ou d'IRA.

### • Formation / information

Quand une formation /information du personnel à la prévention des infections associées aux soins est prévue dans les établissements, elle est plus souvent destinées aux IDE, AS, kinésithérapeutes, psychologues et aux personnels techniques plutôt qu'aux personnels administratifs et à l'équipe médicale. Une intervention facilitée dans l'étude : deux tiers des FAM ou MAS bénéficient de la présence d'un professionnel médical ou paramédical qui prend en charge l'hygiène et la prévention du risque infectieux.

On peut espérer à terme une amélioration de ces résultats avec la mise en ligne d'outils adaptés (fiches techniques des Cclin-Arlin, ...). Il existe des sites spécifiques pour les EHPAD qui pourraient s'ouvrir aux autres établissements médicaux sociaux (MOBIQUAL...). Parallèlement, les Arlin coordonnent des journées de formation et proposent des congrès thématiques.

### • Ressources

Globalement, le matériel nécessaire à la réalisation de l'hygiène des mains, l'entretien des locaux... est mis à disposition, et les PS sont appliquées dans les FAM ou MAS évalués.

Cependant des points doivent être améliorés.

## **Hygiène des mains**

Les produits hydro-alcooliques sont bien mis à disposition du personnel mais les établissements ne valorisent pas toujours son emploi. La présence presque systématique des produits hydro-alcooliques facilite le respect de l'hygiène des mains des professionnels et des usagers. Un renforcement de la formation préalable sur les conditions d'utilisation reste à coordonner pour 1/3 des FAM et 1/3 des MAS\*.

Les postes de lavage des mains sont bien implantés et correctement équipés pour l'ensemble des 30 FAM et des 30 MAS.

## **Gants**

Les gants à usage unique non stériles sont largement disponibles et les établissements ont quasi systématiquement promu l'utilisation des gants non poudrés (90% des FAM et 83% des MAS).

Il existe des gestes pour lesquels les gants sont le moins souvent portés, la réalisation d'injection intramusculaires et sous cutanées. Les recommandations contradictoires à ce sujet entretiennent la confusion. Dans leurs recommandations parues en 2010, la SF2H et le GERES [8] spécifient le port de gants à l'occasion de tous soins à risque de piqûres.

Pour les risques de contact avec les autres liquides biologiques, notamment avec les excréta, de meilleurs résultats sont constatés laissant à penser qu'ils sont perçus comme plus "sales". Des audits [6] d'observation réalisés en France en établissements de santé rapportent une observance de 99% pour la toilette du patient dépendant [11] et de 86,7% pour le change [7].

Probablement pour la même perception de saleté, le port de gants par les agents pour l'élimination des déchets est fréquemment demandé dans les procédures (66,7% en FAM et 56,7% en MAS).

Les études montrent bien que les gants sont le plus souvent changés entre deux patients par l'ensemble des catégories professionnelles, le changement de gants entre deux activités reste souvent insuffisant [6]. La perception du risque de transmission de micro-organismes d'un site à l'autre chez un même patient / usager semble moins prise en compte qu'entre deux patients / usagers lors de soins [6]. Le principe d'utilisation UN GESTE = UNE PAIRE DE GANTS est rapporté élevé (respectivement de 80% en FAM. et 76,7% en MAS) dans la présente étude.

## **Tenue / Équipements de protection individuelle**

La fréquence de port déclaré de surblouse ou tablier à usage unique en cas de risque de projection ou aérosolisation, ou de contact avec du sang ou tout autre produit d'origine humaine, peut encore progresser (60,0% en FAM et en MAS). Concernant les intervenants extérieurs (infirmière libérale, kinésithérapeute, médecin de ville, podologue, personnel de laboratoire de ville...) respectivement elles sont proposées dans 56,7% en FAM et 50% en MAS.

Il a bien été démontré tout l'intérêt, lors de diverses prises en charge des usagers le recours à une tenue professionnelle. Elles sont à mettre à la disposition des salariés, 83,3% des FAM et 86,7% des MAS ont pu le faire dans les établissements inclus dans l'étude. Cette dotation quand elle est faite, ne permet pas pour autant un changement au quotidien (26,7% en FAM et 36,7% en MAS). Cette tenue est classiquement entretenue par l'employeur (80,0% en FAM et 89,7% en MAS), mais 28,0% le sont encore par le professionnel en FAM et 13,8% en MAS. 16,7% ont privilégié l'usage unique en FAM et 3,3% en MAS.

Les masques sont l'équipement de protection individuelle qui fait le plus souvent défaut (7/30 FAM et 9/30 MAS).

Au final, la dotation de tenue devrait être poursuivie pour limiter les transmissions croisées et se protéger d'un risque de contamination.

*\*En établissement sanitaire, un audit national d'autoévaluation des Précautions standard, réalisé chez 205 546 professionnels dont 1 706 en EHPAD en 2012, rapporte une fréquence déclarée d'hygiène des mains après retrait des gants de 63,6% qui varie dans des audits d'observations réalisés en France de 17,5% (21/120) lors d'actes de nursing à 93% (272/293) lors de la toilette du patient dépendant. [6]*

### **Piquants tranchants / Conduite à tenir en cas d'AES**

Les collecteurs pour objets piquants tranchants sont dits présents dans 96,7% des FAM et 96,7% des MAS. Ils sont à transporter ou à fixer sur un chariot de soins. Les recommandations préconisent de les avoir à portée de main (critère non scoré en 2014).

Moins de 50% des FAM et MAS mettent à disposition du personnel des collecteurs OPCT munis de système de fixation pour la prévention des AES comme le recommande le texte en vigueur (46,7% en FAM et 40,0% en MAS) [12].

Toutes les recommandations rappellent le non recapuchonnage ou la non désadaptation à la main des aiguilles souillées [13] quel que soit les lieux de soins. Les bonnes pratiques dépendent du matériel et sont favorisées comme le spécifie le GERES par la mise à disposition de matériel sécurisé pour les prélèvements qu'ils soient sanguins (60% en FAM et 71,4% en MAS), capillaires (77,8% en FAM et 81,8% en MAS), pour injections (27,6% en FAM et 31,0% en MAS), perfusions sous cutanées (37,5% en FAM et 47,8% en MAS), insulinothérapie par auto piqueur (40% en FAM et 64,3% en MAS), ou perfusions veineuses (26,7% en FAM et 71,4% en MAS).

Une réflexion peut être engagée pour le choix, l'introduction, et le bon accompagnement des soignants à l'usage de ces matériels d'autant plus qu'une proportion limitée d'établissements effectue un suivi annuel de leurs AES (respectivement 43,3% en FAM et 56,7% en MAS) et ne peut donc en faire l'analyse.

En pratique, l'introduction du matériel sécurisé doit être poursuivie.

La conduite à tenir en cas d'AES est disponible en FAM et en MAS, mais elle reste encore très souvent à valider par l'instance de prévention des infections (30,4% en FAM et 20,8% en MAS). Un très petit nombre d'établissements (36,7% des FAM ou MAS) ont formé leurs professionnels exposant à des pratiques inadaptées lors de son application en cas de piqûre ou de projection par des liquides biologiques.

#### **• Soins**

##### **Nutrition**

L'état nutritionnel des usagers est très largement suivi en FAM (96,7%) et en MAS (100%). Il s'accompagne d'une conduite à tenir de prise en charge des usagers (respectivement 63,3% en FAM et 73,3% en MAS) validée par un médecin.

Lors des échanges pour le recueil des données il apparaît que l'état nutritionnel des usagers figure parmi les préoccupations majeures des structures.

##### **Antiseptiques**

L'antisepsie est une opération d'élimination ou de réduction des micro-organismes présents au niveau des tissus vivants dont le résultat est momentané. A ce jour la procédure de préparation en 4 temps, recommandée depuis 2005 [14] et confirmée en 2007 [15] notamment pour la pose de cathéter veineux ou sous cutané, est préconisée dans la majorité des établissements évalués (respectivement 60% en FAM et 80% en MAS). Cette procédure en 4 temps correspond à une première étape de détersion (nettoyage à l'aide d'un savon antiseptique + rinçage + séchage) suivie de l'application d'un antiseptique, si possible alcoolique. Le séchage qui suit est censé être un séchage spontané complet. Le temps de contact des antiseptiques est précisé dans la procédure pour 13,3% pour les FAM (20% ont une procédure) et 33,3% en MAS (43% ont une procédure). Le gain de temps est un des motifs de non-respect souvent rapporté du temps de séchage. C'est méconnaître l'intérêt de cette attente en termes de prévention du risque infectieux. L'efficacité des antiseptiques nécessite en effet une durée de contact minimum avec la peau.

Enfin, pour rester efficace un flacon multi dose d'antiseptique doit respecter des délais d'utilisation après ouverture. Les délais sont arbitraires et peuvent varier aussi selon les conditions d'utilisation et de gestion de ces médicaments (Chlorhexidine 1 mois pour les solutions alcooliques ; produits iodés, 1 mois avec bouchon réducteur de débit anti gouttes et 15 jours sans ce bouchon réducteur pour la gamme polyvidone iodée....) [16]. La notification de la date d'ouverture est rapportée dans 20% en FAM et 33,3% en MAS.



## **Antibiotiques**

Les antibiotiques tout en étant efficaces doivent préserver l'écologie bactérienne de l'usager et de la collectivité. Aujourd'hui, aucune nouvelle molécule anti-infectieuse ne peut nous garantir une efficacité absolue sur un monde bactérien très labile et pourvu d'une grande capacité d'adaptation [17].

L'utilisation inappropriée des antibiotiques favorise l'émergence des bactéries résistantes aux antibiotiques. Une prescription non adaptée, qui serait poursuivie, expose l'usager à des complications liées à la toxicité de certaines molécules utilisées et à la pression de sélection sur les bactéries favorisant la sélection des bactéries résistantes ou hautement résistantes. Toute antibiothérapie est à réévaluer 48 à 72 heures [17] après son début : ce message est assez suivi (1/2 en FAM et 2/3 en MAS).

La réflexion / sensibilisation au bon usage des antibiotiques peut donc être renforcée à travers la coordination de réunion d'information destinée aux prescripteurs. Il est rapporté que les prescripteurs peuvent se trouver parfois sous la pression des familles.

## **Vaccinations**

La stratégie vaccinale vise à protéger les usagers les plus vulnérables, pour lesquels la maladie représente un danger, dans l'objectif de réduire le risque avéré de décès ou de complications graves en cas de grippe ou autre pathologie respiratoire aiguë.

Depuis 2009, on assiste à une décroissance forte et continue de la vaccination antigrippale, notamment chez les professionnels. Afin de contrecarrer cette tendance : 2/3 des FAM et la totalité des MAS encouragent la vaccination antigrippale de tout le personnel.

Les usagers sont largement vaccinés contre la grippe (79,2% des FAM et 88,3% des MAS). Par ailleurs 22/30 FAM et 24/30 MAS organisent aussi largement la vaccination antipneumococcique des usagers à risque.

## **Gestion des soins et du matériel de soins**

La prévention de la transmission croisée demande une hygiène adaptée du matériel utilisé lors des soins. Des techniques existent :

- la désinfection consiste à éliminer la plupart des micro-organismes pathogènes sur les objets inertes, en général elle se fait avec un désinfectant chimique liquide.
- la stérilisation est la mise en œuvre d'un ensemble de méthodes et de moyens visant à éliminer tous les micro-organismes vivants de quelque nature et sous quelque forme que ce soit, portés par un objet parfaitement nettoyé (Définition AFNOR) [18]. Elle se fait par une méthode physique (autoclavage à la vapeur d'eau).

A performance égale, et d'une manière générale, la circulaire DGS/DH n° 672, 20/10/97 pour les cabinets libéraux, assimilable à la gestion du matériel en établissements médico-sociaux, recommande d'utiliser du matériel à usage unique (UU) préférentiellement à un matériel réutilisable (réglementaire). Cette règle a bien été respectée, 93,3% des FAM et des MAS ont privilégié l'UU.

Tout matériel ne peut être à UU. La technique d'entretien sera fonction du niveau du risque infectieux. Une procédure reprenant en particulier les différentes phases de la technique choisie ainsi que la réalisation de l'acte est attendue afin de sécuriser le processus, et de le rendre homogène quel que soit le professionnel. Elle n'est retrouvée que pour 33,3% des FAM et 43,3% des MAS. Ces procédures ne sont pas validées comme il est recommandé : la procédure « matériel de soins » est validée par 21,7% des FAM et 30,3% des MAS, et la procédure « actes de soins » par 17,0% des FAM et 23,4% des MAS.

### **• Environnement**

#### **Entretien des locaux**

L'environnement peut être un réservoir de micro-organismes : dans l'eau (*Pseudomonas aeruginosa*, *Legionella*...), dans l'air (*Aspergillus*...) et sur les surfaces (tout type de micro-organismes). Leur durée de survie dans l'environnement est variable selon les espèces (*Staphylococcus aureus*, plusieurs semaines sur les surfaces sèches, *Pseudomonas aeruginosa*, une semaine sur surface humide). La maîtrise des IAS est, entre autre liée à l'architecture des locaux, leur organisation et leur entretien. La propreté, qu'elle soit visuelle ou microscopique, est la pierre angulaire de l'hygiène en institution. Des locaux bien entretenus sont un des indicateurs de la qualité du service rendu aux usagers [19].

Comme déjà précisé ci-dessus, la maîtrise du processus demande de décrire ce qui doit être fait : une procédure existe pour 76,7% des FAM et 80,0% des MAS. Le principe de sa validation et de sa diffusion reste à systématiser (respectivement fait dans 87,0% des FAM et 87,5% des MAS et 95,7% des FAM et 91,7% des MAS). Dans un système qualité, cette procédure est à réviser classiquement au rythme de tous les cinq ans, ce qui est fait pour 60,9% des FAM et 62,5% des MAS.

La traçabilité, consistant à écrire ce qui est réellement fait, est précisée dans 60,9% des FAM et 66,7% des MAS.

Ces étapes peuvent être réalisées sous réserve d'avoir du matériel et des consommables, c'est qui est le cas pour 86,7% des FAM et 80,0% des MAS.

### **Usage de l'eau de javel**

En établissements médico-sociaux, les cas groupés de gastro-entérites étant le plus souvent dus à des norovirus, l'utilisation de préférence d'un détergent puis de l'eau de javel à 2,6% diluée au 1/5 avec respect d'un temps de séchage de 10 minutes est la conduite à tenir afin de maîtriser l'épisode.

De même la maîtrise de la transmission croisée de *Clostridium difficile* (une bactérie responsable de 15 à 25% des diarrhées post antibiotiques, à l'origine de la présence de spores particulièrement résistantes dans l'environnement) passe par la mise en œuvre rapide du bio-nettoyage avec l'utilisation de l'eau de javel diluée à 0,5% active sur les spores [20] [21].

L'eau de javel est peu utilisée : seul 40% des FAM et 53,3% des MAS déclarent réaliser cette désinfection quand elle est recommandée.

### **Manipulation du linge sale / linge propre**

La notion de transfert de micro-organismes d'un site sale à l'environnement et/ou sur la tenue du professionnel n'est pas toujours assimilée. Dans environ la moitié des établissements (53,3% des FAM et 63,3% des MAS) le professionnel protège sa tenue par un tablier ou une surblouse lors de la manipulation du linge souillé par des liquides biologiques alors que tout le matériel est disponible, des EPI aux chariots.

De même, la protection du linge propre de toute contamination environnementale est peu organisée : seuls 40,0% des FAM et 36,7% des MAS évalués pratiquent une hygiène des mains avant toute manipulation, et 90,0% des FAM et 80,0% des MAS entreposent le linge propre dans un chariot ou une armoire ou sous forme filmé ou dans un local dédié fermé.

### **Hygiène en restauration**

La restauration en établissements médico-sociaux ne fait l'objet d'aucune réglementation spécifique et est soumise aux mêmes obligations que la restauration collective ; qu'elle soit organisée en liaison chaude uniquement (36,7% des FAM et 50,0% des MAS), en liaison froide uniquement (33,3% des FAM et 23,3% des MAS) ou sous les deux formes (30,0% des FAM et 26,7% des MAS).

La maîtrise du risque infectieux aux deux niveaux, cuisine et salle à manger/chambre, s'appuie sur une démarche réglementaire d'analyse des risques et maîtrise des points critiques avec obligation de résultats (la démarche HACCP). Elle est présente dans l'ensemble des FAM ou MAS enquêtés.

Toutefois, des points sont à améliorer comme le contrôle de la température des aliments servis (respectivement en liaison chaude pour 85,7% des FAM et 78,3% des MAS ou en liaison froide pour 84,2% des FAM et 73,3% des MAS), sachant que 76,7% des FAM et 73,3% des MAS sont bien équipés de thermomètres.

La température des réfrigérateurs est aussi à contrôler et à tracer (respectivement réalisé pour 86,7% des FAM, 76,7% des MAS). Si ces températures sont non conformes, une conduite à tenir définit la gestion du stockage : elle n'a été rédigée que par 66,7% des FAM et 60,0% des MAS évalués.

Un produit alimentaire après sa cuisson, contient normalement un nombre de germes restreint. Tous les aliments ne sont pas cuits : ces germes peuvent provenir soit des matières premières, soit de l'air, soit des manipulateurs, soit du matériel utilisé. Il est donc important de disposer d'une procédure concernant l'entretien des appareils électroménagers : celle-ci est présente dans 50,0% des FAM et 46,7% des MAS. La traçabilité de cet entretien est faite pour les chariots de distribution des repas (40,0% des FAM et 66,7% des MAS), des réfrigérateurs (60,0% des FAM et 73,3% des MAS), des

micro-ondes (43,3% des FAM et 50,0% des MAS), du chauffe-lait (6,7% des FAM et 16,7% des MAS) et y compris des bouilloires (23,3% des FAM et 20,0% des MAS). En cas de dysfonctionnements, 50,0% des FAM et 46,7% des MAS ont prévu une conduite à tenir.

### **Déchets**

La réglementation en vigueur permet de contrôler les risques notamment infectieux liés aux DASRI produits en établissement tout au long de la collecte, du transport et de leur élimination.

Toute personne qui produit des DASRI est tenue de les éliminer conformément à la réglementation en vigueur relative à la santé, au transport et aux installations classées [22].

On retrouve :

- des conditionnements identifiés OM, DASRI, et OPTC : 93,3% des FAM et 96,7% des MAS ;
- des lieux de stockages conformes aux normes : 70,0% des FAM et 66,7% des MAS ;
- l'enlèvement et le transport des DASRI : 93,3% des FAM et des MAS ;
- la traçabilité des DASRI, la convention avec le prestataire (présente dans 83,3% des FAM et 96,7% des MAS). Le bordereau de suivi liant le producteur, le transporteur et le destinataire (centre de regroupement / traitement) est obligatoire. Cette obligation est retrouvée dans 86,7% des FAM et 93,3% des MAS. Enfin, l'édition de l'attestation de destruction n'est pas largement délivrée (63,3% des FAM et 76,7% des MAS évalués).

### **Eau**

Une eau de consommation non potable peut engendrer un risque à court terme pour l'utilisateur. Les tableaux cliniques des pathologies engendrées peuvent varier en fonction de la population (troubles gastro-intestinaux, diarrhées...) [23]. Le contrôle annuel est effectué dans 63,3% des FAM et 66,7% des MAS.

La qualité microbiologique de l'eau utilisée lors de soins aux usagers est contrôlée annuellement (83,3% en FAM et 96,7% en MAS).

Les analyses pour rechercher les germes pathogènes à l'exemple des légionelles sont réalisées par des laboratoires accrédités (83,3% des FAM et 100% des MAS).

En cas de non-conformité, il est demandé une procédure détaillant la conduite à tenir. Celle-ci n'est pas toujours présente (retrouvée respectivement dans 50,0% en FAM et 70,0% en MAS).

Une traçabilité relative à toute la vie du réseau d'eau est demandée par la réglementation [24], elle est souvent absente (13,3% en FAM et 23,3% en MAS).

L'installation de bassins d'eau type baignoire qui est à vider et à nettoyer après chaque utilisation n'est pas largement retrouvée (26,7% des FAM et 30,0% des MAS).

Dans le cadre des piscines, les mesures à mettre en œuvre sont plus systématiques (75,0% des FAM et 81,8% des MAS).

## VII. Conclusion

L'étude « Organisation et moyens mis en œuvre pour la prévention des infections associées aux soins : enquête pilote en FAM et MAS » proposée par le réseau CClin-Arlin au premier semestre 2014 est à ce jour la première concernant des établissements répartis sur l'ensemble du territoire national.

Les critères de l'enquête ont parfois été estimés comme trop exigeants par rapport au « fonctionnement » médico-social. La peur de sur-médicalisation a été exprimée par des professionnels et des représentants des familles.

Toutefois elle a permis de dégager des actions d'amélioration au niveau de chaque établissement volontaire participant mais également à plus grande échelle. D'une part, l'introduction des procédures écrites, validées et diffusées (entretien du matériel de soins, distribution des médicaments, thermomètres...), des conduites à tenir (gale, IRA, GEA, faire face à une suspicion de tuberculose...), ou celles relatives à la maîtrise de l'environnement (déchets, prélèvements d'eau, résultats non conformes). La sensibilisation / formation des professionnels incluant le personnel socio-éducatif autour de ces procédures est à développer.

D'autre part, l'accent doit être mis sur la nécessité du port d'équipements de protection individuelle, en particulier de tabliers à usage unique, de masque, de gants,... lors des risques de contact (toilettes,...), d'aérosolisation (aspiration respiratoire...) ou des projections de sang ou de tout autre liquide d'origine humaine (entretien des bassins ou chaises pots...).

Les ressources matérielles nécessaires à l'application des bonnes pratiques de prévention du risque infectieux sont le plus souvent disponibles. Toutefois l'utilisation des équipements ou de matériel de sécurité, à l'exemple du matériel sécurisé pour injections ou pour perfusions veineuses ou sous cutanées, est encore peu développée.

Parallèlement, cette étude a mis en lumière le travail accompli au niveau des établissements en termes de prévention du risque infectieux liés aux soins. Au niveau professionnel, l'hygiène des mains par désinfection est largement introduite pour les soins; de même que la prise en charge de la nutrition, l'hygiène, et les vaccinations des usagers. Concernant la réévaluation des prescriptions d'antibiotiques à 48-72h elle commence à être largement suivie.

Des premières réponses d'accompagnement ont déjà été apportées par le réseau CClin-Arlin avec la mise à disposition de fiches techniques thématiques de prévention des infections associées aux soins spécifiques aux établissements médico-sociaux. Elles sont en cours d'actualisation et seront élargies aux thématiques identifiées dans l'étude, (exemple aérosol-thérapie, la CAT en cas de tuberculose...) Parallèlement les EMS sont associés aux campagnes nationales (hygiène des mains, vaccinations, antibiotiques...), des outils sont réalisés à leur attention comme par exemple une foire aux questions ([FAQ](#)) sur le site du CClin Paris-Nord concernant la tenue professionnelle, utilisation des PHA, BMR et linge ...

Au regard de ces premiers résultats, les FAM et MAS sont dans la dynamique de démarche qualité.

## VIII. Résultats de l'étude d'impact

Pour s'assurer de l'intérêt de la démarche, une étude d'impact a été proposée aux 60 établissements qui ont participé à l'évaluation.

**Objectif :** Évaluer les conditions de réalisation de l'étude, les bénéfices et les difficultés rencontrées.

### Méthode :

Chaque CClin ou Arlin a remis un questionnaire après la conduite de l'évaluation aux FAM ou MAS ayant participé à l'enquête pilote. Une relance a été effectuée à 3 reprises entre juin et septembre 2014.

Le questionnaire comprenait 2 parties : conditions de réalisation (durée, personnes impliquées, accompagnement du réseau CClin-Arlin) et conduite des actions correctives (en termes de formation, audit et outils). Pour les outils, il était demandé d'en préciser la nature : fiche technique, procédure, affiche, vidéo.

Pour chacune des actions, il s'agissait d'identifier son caractère prioritaire, la période possible pour la conduite de l'action, enfin de préciser si une collaboration avec le CClin ou l'Arlin était nécessaire ou envisagée.

Les réponses aux questions n'étaient pas obligatoires. L'analyse du questionnaire a concerné l'ensemble des FAM et des MAS sans distinction.

### Résultats :

#### VIII.1 Participation

L'étude d'impact s'est déroulée pendant la période de mars à septembre 2014. Proposée à l'ensemble des EMS de l'enquête pilote, elle a été renseignée par 38 FAM et MAS (63,3% des participants), dont 16 FAM (1 FAM sur 2) et 22 MAS (3 MAS sur 4). Le taux de réponse des 38 établissements est variable selon les régions (cf. Tableau 75).

Tableau 76 : Répartition des structures entre les régions (n=38)

Région	Nb d'établissements répondants à l'étude d'impact / Nb total de participants à l'enquête pilote
Alsace	2/3
Aquitaine	1/2
Auvergne	1/2
Basse-Normandie	3/4
Bretagne	1/5
Corse	1/2
Haute-Normandie	1/2
Ile de France	5/8
La Réunion	4/4
Languedoc-Roussillon	3/3
Limousin	0/2
Lorraine	3/3
Midi-Pyrénées	3/3
Nord pas de Calais	1/1
Pays de la Loire	0/2
Picardie	2/2
Poitou-Charentes	1/2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	5/6
Rhône-Alpes	1/4
<b>Total</b>	<b>38/60</b>

La fonction du référent de l'étude chargé du remplissage du questionnaire varie selon les structures. Parmi les référents de l'étude ayant précisé cette fonction (32 / 38), on compte 15 personnels administratifs, 9 paramédicaux, 4 médicaux et 4 socioéducatifs.

## VIII.2 Résultats globaux

### VIII.2.1 Conditions de réalisation de l'enquête FAM-MAS

#### Organisation et mise en place

Les informations données au moment de la prise de contact (courrier, mails, appels téléphoniques) ont été estimées suffisantes pour une très grande majorité des référents de l'étude (37 sur 38).

#### Durée de l'étude

La durée totale de l'enquête pilote (préparation, mise en œuvre, saisie) varie selon les structures. La durée se situe entre 1 à 5 jours pour la grande majorité des structures (90%). Un établissement a compté 90 jours du début de l'étude à la restitution des résultats aux équipes (cf. Tableau 76).

Tableau 77 : Durée totale de l'enquête pilote (N=30/38)

Durée en nombre de jours	Nombre d'établissements
1	3
2	9
3	6
4	2
5	7
6	1
14	1
90	1

#### Équipes ou personnes informées ou impliquées dans l'étude

La participation des équipes varie selon les établissements, un même établissement pouvait renseigner plusieurs types d'équipe (cf Tableau 77)

Les usagers (ou leurs représentants et leurs proches) ont été informés ou impliqués dans 5 / 21 établissements.

Tableau 78 : Type d'équipes informées (N=38)

Équipe	Nombre d'établissements
Toutes les équipes	10
Équipe médicale	23
Équipe soignante	21
Équipe service entretien	20
Équipe administrative	18
Équipe service restauration	16
Équipe médico-pédagogique	9
Équipe rééducateur	3

#### Accompagnement CClin-Arlin

La méthode consistant à accompagner les établissements dans la démarche d'évaluation a été appréciée de tous. Le détail est présenté dans le tableau 79.

Tableau 79 : Appréciations de l'accompagnement du réseau CClin-Arlin (N=38)

Accompagnement	Nombre d'établissement
<b>Plutôt positif</b>	38
<b>Instauration d'un rapport de confiance</b>	38
<b>Aide à la compréhension des critères</b>	37
<b>Interlocuteurs facilement accessibles</b>	35
<b>Identification de l'équipe CCLin-Arlin /ressource</b>	35
<b>Participation adaptée à leurs attentes</b>	32
<b>Aide complémentaire proposée par l'équipe CCin-Arlin</b>	28

Aucun établissement n'a estimé négatif l'accompagnement du réseau CCLin-Arlin (32 réponses). Sur 36 établissements répondants, le temps passé avec l'équipe CCLin-Arlin (accompagnement et recueil de données) a été estimé suffisant pour 29 établissements.

### Impact de l'enquête pilote sur les professionnels et les usagers

#### Professionnels

Les réactions des professionnels ont été plutôt favorables lors de l'annonce de la démarche pour la majorité des établissements (30 / 34 FAM-MAS). Concernant les 4 établissements pour lesquels les professionnels n'étaient pas favorables, les raisons invoquées portaient sur la difficulté de mise en œuvre de la démarche (3) et le manque d'intérêt (1).

Sur 35 répondants, l'étude a suscité des questions de la part des professionnels pour 31 établissements. Les questions ont porté sur l'utilisation des matériels et des produits (29) et les techniques de soins (28).

#### Usagers

Sur 11 FAM/MAS répondants, les réactions des usagers à l'annonce de l'étude ont été plutôt favorables pour 8 établissements.

## VIII.2.2. Conduite des actions

La priorité des actions concerne principalement les outils, le suivi des formations puis les audits, quels que soient les thématiques. La conduite des actions est le plus souvent programmée en 2014. Le manque de moyens est rarement cité. L'aide du réseau CCLin-Arlin est nécessaire ou envisagée plus souvent pour les outils et la formation. L'aide pour les audits concerne plus souvent la gestion des soins, des matériels et des épidémies. Le détail de la conduite des actions est présenté pour chaque thématique.

Tableau 80 : Moyens de prévention (N=38 FAM/MAS)

Type d'actions programmées	Création d'outils (procédures, fiches techniques...)	Formations	Audits
<b>Nombre de FAM-MAS</b>	20	20	10
<b>Action prioritaire</b>	8	9	2
<b>Période</b>			
<b>Possible immédiatement</b>	2	1	2
<b>Programmée en 2014</b>	9	7	1
<b>Intégrée au Plan pluriannuel (projet d'établissement)</b>	3	7	2
<b>Pas envisageable (manque de moyens...)</b>	-	-	-
<b>Collaboration CCLin-Arlin nécessaire ou envisagée</b>	5	8	2

C'est sur la thématique des moyens de prévention que les formations sont le plus programmées, avec une aide du réseau CCLin-Arlin potentiellement nécessaire.

Tableau 81 : Gestion de l'environnement et des circuits linge et déchets (N=38)

Type d'actions programmées	Création d'outils (procédures, fiches techniques...)	Formations	Audits
<b>Nombre de FAM-MAS</b>	24	13	12
<b>Action prioritaire</b>	13	8	5
<b>Période</b>			
<b>Possible immédiatement</b>	4	4	2
<b>Programmée en 2014</b>	10	6	4
<b>Intégrée au Plan pluriannuel (projet d'établissement)</b>	4	2	3
<b>Pas envisageable (manque de moyens...)</b>	-	-	1
<b>Collaboration CClin-Arlin nécessaire ou envisagée</b>	9	4	2

C'est sur la gestion de l'environnement et des circuits du linge et des déchets que la création de procédures et fiches techniques est la plus fréquemment envisagée (24/38), avec une aide du réseau CClin-Arlin potentiellement nécessaire.

C'est également sur ce thème que les audits sont le plus programmés (12/38). L'audit peut toutefois être plus difficile à réaliser que la rédaction d'une procédure.

Tableau 82 : Gestion du matériel de soins (N=38)

Type d'actions programmées	Création d'outils (procédures, fiches techniques...)	Formations	Audits
<b>Nombre de FAM-MAS</b>	21	12	11
<b>Action prioritaire</b>	14	9	6
<b>Période</b>			
<b>Possible immédiatement</b>	4	1	3
<b>Programmée en 2014</b>	11	5	1
<b>Intégrée au Plan pluriannuel (projet d'établissement)</b>	6	5	2
<b>Pas envisageable (manque de moyens...)</b>	-	-	1
<b>Collaboration CClin-Arlin nécessaire ou envisagée</b>	9	5	4

Tableau 83 : Gestion des soins (N=38)

Type d'actions programmées	Création d'outils (procédures, fiches techniques...)	Formations	Audits
<b>Nombre de FAM-MAS engagés dans chaque action</b>	21	16	11
<b>Action jugée prioritaire</b>	14	12	4
<b>Période de mise en oeuvre</b>			
<b>Possible immédiatement</b>	3	2	2
<b>Programmée en 2014</b>	10	6	1
<b>Intégrée au Plan pluriannuel (projet d'établissement)</b>	4	7	2
<b>Pas envisageable (manque de moyens...)</b>	-	-	1
<b>Collaboration CClin-Arlin nécessaire ou envisagée</b>	9	6	4



Tableau 84 : Les vaccinations contre les infections respiratoires (N=38)

Type d'actions programmées	Création d'outils (procédures, fiches techniques...)	Formations	Audits
Nombre de FAM-MAS engagés dans chaque action	10	8	7
Action jugée prioritaire	4	3	1
<b>Période de mise en oeuvre</b>			
Possible immédiatement	2	1	1
Programmée en 2014	2	3	2
Intégrée au Plan pluriannuel (projet d'établissement)	1	5	1
Pas envisageable (manque de moyens...)	-	1	1
Collaboration CCLin-Arlin nécessaire ou envisagée	4	3	1

Tableau 85 : Gestion des risques épidémiques (N=38)

Type d'actions programmées	Création d'outils (procédures, fiches techniques...)	Formations	Audits
Nombre de FAM-MAS engagés dans chaque action	21	12	8
Action jugée prioritaire	14	7	2
<b>Période de mise en oeuvre</b>			
Possible immédiatement	4	2	-
Programmée en 2014	8	5	2
Intégrée au Plan pluriannuel (projet d'établissement)	4	5	2
Pas envisageable (manque de moyens...)	-	-	-
Collaboration CCLin-Arlin nécessaire ou envisagée	6	9	3

Tableau 86 : Prévention des Accidents d'exposition au sang (AES) (N=38)

Type d'actions programmées	Création d'outils (procédures, fiches techniques...)	Formations	Audits
Nombre de FAM-MAS engagés dans chaque action	19	13	8
Action jugée prioritaire	4	7	1
<b>Période de mise en oeuvre</b>			
Possible immédiatement	5	3	1
Programmée en 2014	6	7	3
Intégrée au Plan pluriannuel (projet d'établissement)	2	4	-
Pas envisageable (manque de moyens...)	-	-	-
Collaboration CCLin-Arlin nécessaire ou envisagée	7	5	-

### VIII.2.3. Appréciation globale

L'enquête pilote sur l'organisation et les moyens mis en œuvre pour la prévention des IAS a permis une meilleure perception du risque infectieux pour 23 établissements (28 répondants). Sur les 30 établissements répondeurs, 29 déclarent une amélioration des pratiques de soins. Pour 25 établissements cette étude a permis une meilleure collaboration entre les professionnels. Sur 33 établissements, 31 d'entre eux estiment que cette démarche devrait être proposée aux autres FAM-MAS.

Les commentaires libres sont de deux ordres : l'aspect positif de la démarche et sur le choix des critères perçus comme non adaptés pour ce type de structures.

Cette étude a été l'occasion de valoriser le travail antérieur mené par les équipes, ou de remettre en cause les pratiques existantes grâce à une démarche structurée et documentée. Plusieurs FAM-MAS soulignent l'aide apportée par le réseau CClin-Arlin soit à l'occasion ou à l'issue de cette étude, soit par l'identification de Nosobase pour l'accès à la documentation, en particulier aux fiches techniques.

Un établissement a regretté l'inadaptation du critère relatif aux tenues professionnelles pour sa structure. Cette étude a également suscité des craintes de « surmédicalisation ou « sanitarisant » de leur structure alors que les structures d'accueil ont avant tout vocation d'être des lieux de vie pour leurs usagers. Des établissements n'ont pas pu informer leurs usagers en raison de leur état de santé. Un établissement déclare s'être engagé dans cette démarche à la suite de la sollicitation des représentants des familles au conseil de vie sociale (CVS). D'autres FAM-MAS ont bien identifié le besoin de formation en déplorant le manque de moyens de leurs structures pour répondre à ces nouvelles exigences.

## Références

- (1) Circulaire interministérielle DGCS/DGS n° 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. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale.
- (2) Maîtrise du risque infectieux : FAM MAS. Manuel d'auto-évaluation-2012. GREPHH.
- (3) Siegle DM, Aten MJ, Roghmann KJ. Self reported honesty among middle and high school students responding to a sexual behaviour questionnaire. *Journal of adolescent Health* 1998; 23(1): 20-28.
- (4) Polit DF, Hungler BP, *Nursing research : principles and methods*. Philadelphia : Lippincott, 1995 5th ed. 598 pages.
- (5) Réseau régional d'hygiène de Basse Normandie (RRH), Thibon P. Évaluation des connaissances des précautions standard et particulières (contact, gouttelettes, air) : rapport pour l'année 2007, Basse-Normandie. RRH. 2011. 23 pages.
- (6) Groupe d'évaluation des pratiques en hygiène hospitalière (GREPHH). Giard M. Audit précautions standard. Rapport national 2011, GREPHH 2012. 103 pages.
- (7) Thiriet L ; Jeunesse K, Gizzi A, Ibarissene B. évaluation des pratiques de l'utilisation des gants de soins au cours de l'actes de nursing. *Hygiènes* 2011 ; XIX(5) : 285-291.
- (8) Société française d'hygiène hospitalière (SF2H), Ministère de la santé et des sports, Haut Conseil de la santé publique (HCSP). Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. HCSP, SF2H. 2010. 175 pages. Sites SF2H : [http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H\\_surveiller-et-prévenir-les-IAS-2010.pdf](http://www.sf2h.net/publications-SF2H/SF2H_surveiller-et-prévenir-les-IAS-2010.pdf)
- (9) Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants (GERES) ; Institut national de la recherche et de la sécurité (INRS), Ministère de la santé et des sports. Guide des matériels de sécurité et des dispositifs barrières. GERES. 2010. 83 pages. Site du GERES : <http://www.geres.org/docpdf/guide%201010.pdf>.
- (10) Carrot C, Depaix-Champagnac F, Chapuis C. Observance des précautions standard lors d'une geste ciblé : le prélèvement veineux. *Hygiènes* 2007 : XV(3) : 219-223.
- (11) Reboux S, Levet S, Braux C, Verit B, Gonther P, Kocalenios C, *et al.* Toilette du patient dépendant : comment sont appliquées les précautions standard d'hygiène. *Hygiènes* 2008; XVI(2): 143-148.
- (12) Circulaire DH/SI 2 - DGS/VS 3 n° 554 du 1er septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés.
- (13) Circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prevention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors de soins dans les établissements de santé.
- (14) Prévention des infections liées au catheter veineux périphériques. SF2H-HAS, 2005.
- (15) SFHH. Pose et entretien des cathéters veineux périphériques (CVP), critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. 2007, 20 pages.
- (16) Le bon usage des antiseptiques pour la prevention du risqué infectieux chez l'adulte. Cclin Sud-ouest. 2013, 32 pages.
- (17) Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016. Ministère de la santé. 2011, 77 pages.

- (18) Minsitère de l'emploi et de la solidarité. Bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. 2001, 63 pages.
- (19) Gestion du risqué infectieux en EHPAD, MAS et FAM - RESCLIN. Juillet 2009 (Arlin Champagne-Ardenne du Cclin Est.
- (20) Mesures de prevention et de maîtrise de la diffusion des infections à *Clostridium difficile* dans les établissements de santé sur le site du Cclin Paris-Nord : fiche technique *Clostridium* et la plaquette patient. 2006.
- (21) Circulaire n° DGAS/SD2C/DHOS/E2/DGS/5C/5D/2006/404 du 15 septembre 2006 relative aux recommandations de maîtrise des infections à Clostridium difficile dans les établissements hébergeant des personnes âgées et dans les unités de soins de longue durée.
- (22) Circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT/CT2 n° 2005-34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activité de soins à risqué infectieux et assimilé.
- (23) Recommandations relatives aux conduits à tenir devant des gastro-entérites aigues en établissements d'hébergement pour personnes âgées. HCSP. 2011, 25 pages.
- (24) Gestion du risqué lié aux légionelles. Guide méthodologique destiné aux EHPAD. ARS Rhône-Alpes, CH de Valence. Décembre 2014.

# Annexes

## Annexe 1. Courrier type d'information destiné aux structures inclus dans l'étude



Juin, 2013

Objet : **Etude de l'évaluation de l'organisation et des moyens mis en œuvre pour la prévention des infections associées aux soins : FAM et MAS sur un échantillon d'établissements**

Madame, Monsieur,

Un manuel d'autoévaluation sur la maîtrise du risque infectieux adapté aux spécificités des maisons d'accueil spécialisées (MAS) et des foyers d'accueil médicalisés (FAM) est maintenant accessible sur Internet <http://www.grephh.fr/FAM-MAS-GREPHH.html>. Il a été réalisé grâce à la participation de professionnels de ces structures et l'appui des 5 Centres de coordination de lutte contre les infections associées aux soins (CClin). Cf. plaquette CClin-Arlin

La démarche d'autoévaluation a été annoncée dans la circulaire interministérielle n° DGCS/DGS/2012/118 du 15 mars 2012 relative au programme national de prévention des infections dans le secteur médico-social 2011-2013.

Cet outil permet d'identifier les domaines à maîtriser en lien avec le risque infectieux dans votre établissement. L'outil comprend sept chapitres\* avec des critères concernant la prévention des infections associées aux soins. Les modalités de cotation de ces critères tiennent compte de la variété des situations et des différents niveaux de risques.

Dans le secteur des FAM et MAS la population est très hétérogène et à ce jour nous ne disposons pas de données épidémiologiques spécifiques caractérisant le risque infectieux. Pour cette raison, une étude nationale coordonnée par les 5 CClin est proposée pour améliorer la connaissance de ce risque sur un échantillon représentatif des FAM et MAS de France (soit un échantillon de 30 FAM et 30 MAS).

C'est dans ce contexte que votre établissement a été tiré au sort.

### *Comment se déroulera l'étude ?*

Les établissements retenus seront accompagnés dans la réalisation de leur autoévaluation par le réseau CClin-Arlin.

L'étude aura lieu un jour donné entre **janvier et avril 2014**. Dès le mois de septembre 2013, les équipes du réseau CClin-Arlin contacteront par téléphone le responsable de l'établissement tiré au sort et valideront son inclusion dans l'étude.

Le jour de collecte des données sera choisi en accord avec les personnes concernées. Une demi-journée environ sera nécessaire pour traiter les 7 chapitres du manuel avec au préalable; la préparation minutieuse de l'autoévaluation dans l'établissement. Le manuel d'autoévaluation sera rempli par la personne chargée de l'étude dans l'établissement.

Afin de préserver l'anonymat, le nom de l'établissement ne figurera pas sur ce document. Les données seront saisies dans un programme informatique puis seront ensuite envoyées au coordinateur national de l'étude. Un rapport national sera restitué aux participants et accessible sur le site du réseau CClin-Arlin.

Cette étude nous permettra de mieux connaître les organisations et la prévention des infections associées aux soins, et ainsi d'identifier des axes prioritaires de prévention.

Si vous avez des questions au sujet de cette étude, vous pouvez joindre votre CCLin ou votre Arlin de rattachement (*données spécifiques à chaque CCLin-Arli\**).

Nous vous remercions d'avance pour votre collaboration et vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Au nom du Réseau des CCLin et des Arlin

\*1 Moyens de prévention dans l'établissement - 2 Gestion de l'environnement et des circuits - 3 Gestion du matériel de soins - 4 Gestion des soins - 5 Les vaccinations contre les infections respiratoires - 6 Gestion des risques épidémiques - 7 Prévention des accidents d'exposition au sang

Pièce jointe : Plaquette CCLin-Arlin

## Annexe 2. Calcul des scores pour l'analyse

Tableau 87 : Regroupement par thèmes et calcul des scores pour l'analyse des fiches « chapitres »

Critères évalués	Score attribué à chaque question (1 point par critère)	Score maximal attendu par thème	Score attendu global
Thèmes			
Questions			
<b>I Moyen de prévention dans l'établissement</b>			<b>17</b>
Moyens		10	
Q1. Présence d'un professionnel en hygiène	1 si oui		
Q2. L'établissement travaille en réseau avec une EOH	1 si au moins		
Dispose d'une personne référente hygiène	1 des 3		
Infirmière formée en hygiène			
Q3. Le rapport annuel comporte un chapitre prévention du risque infectieux	1 si oui		
Q4. La formation/information est organisée	7 si oui		
Surveillance / Alerte		3	
Q5. Information BMR	1 si oui		
Q6. Portage BMR tracé	non scoré		
Q7. Suivi de l'état nutritionnel	1 si oui		
Q8. Procédure de la prise en charge de l'état nutritionnel	1 si oui		
Q9. Identification des personnes ressources	non scoré		
Antibiotiques		2	
Q10. Sensibilisation au bon usage des antibiotiques	1 si oui		
Q11. Recommandations du bon usage des antibiotiques	non scoré		
Q12. Réévaluation de la prescription des antibiotiques entre la 48ème et 72ème heure	1 si oui		
Q13. Connaissance des recommandations des bonnes pratiques "bon usage des antibiotiques"	non scoré		
Tenue du personnel		2	
Q14. Port d'une protection	1 si oui		
Q15. Tenue des professionnels fournie	non scoré		
Q16. Entretien des tenues	non scoré		
Q17. Changement quotidien de la tenue	non scoré		
Q18. Mise à disposition e protection de la tenue	1 si oui		
<b>II Gestion de l'environnement et des circuits</b>			<b>73</b>
Entretien des locaux		16	
Q19. Procédure	1 si oui		
si oui, elle est validée, diffusée, et évaluée	1 si 3		
Q20. Classification des zones	1 si oui		
si oui, la procédure la prend en compte	1 si oui		
procédure quotidienne de l'entretien de la chambre			
procédure de l'entretien annuel de la chambre			
procédure au départ de l'usager	7 si oui aux 7 critères		
procédure de l'entretien des sanitaires, des lieux de vie collectifs, bureaux de consultation, salle(s) de soins			
procédure comporte une traçabilité	1 si oui		
procédure indique l'utilisation de détergent, détergent/désinfectant, méthode vapeur	1 si 1 des 3		
fiches de sécurité des produits accessibles	non scoré		
chariot de ménage disponible	1 si oui		
utilisation de microfibres, bandeaux, balais trapèzes	1 si 2		
emploi de chiffonnettes, produits, gants de ménage	1 si 3		

<b>Critères évalués</b>	<b>Score attribué à chaque question</b> (1 point par critère)	<b>Score maximal attendu par thème</b>	<b>Score attendu global</b>
Thèmes			
Questions			
<b>Hygiène en restauration</b>		<b>14</b>	
Q21. Audit dans les 3 dernières années	non scorable		
si oui,	non scorable		
plan d'action mis en place	1 si oui		
Q22. Démarche HACCP en place	1 si oui		
Q23. Contrôle de la température des aliments chauds (si liaison chaude)	1 si oui		
Q24. Contrôle de la température des aliments froids (si liaison chaude)	1 si oui		
Q23 bis. Contrôle de la température des aliments cuisinés froids avant remise en température (si liaison froide)	1 si oui		
Q24 bis. Contrôle de la température des aliments froids (si liaison froide)	1 si oui		
Q24 ter. Contrôle de la température des aliments cuisinés chauds après remise en température (si liaison froide)	1 si oui		
Q25. Thermomètres disponibles	1 si oui		
Q26. Température des réfrigérateurs contrôlée, tracée	1 si oui		
Q27. Conduite à tenir en cas de température non conforme	1 si oui		
Q28. Procédure de distribution des repas	non scorable		
si oui,	1 si oui		
procédure d'hygiène des mains	1 si oui		
elle prévoit de faciliter l'hygiène des mains des usagers	1 si oui		
Q29. Procédure d'entretien de l'électroménager	1 si oui		
Q30. Fréquence et traçabilité présentes pour des matériels	1 si oui		
Q31. Conduite à tenir en cas de dysfonctionnement	1 si oui		
Q32. Épisode de TIAC.	non scorable		
si oui,	non scorable		
mise en place d'un plan d'action	non scorable		
Q33. Procédure pour atelier cuisine	non scorable		
<b>Gestion du linge</b>		<b>9</b>	
Q34. Procédure du circuit du linge propre	1 si oui		
si oui,	1 si 3		
elle est validée, diffusée, évaluée,	1 si oui		
Q35. Hygiène des mains demandée avant manipulation	1 si oui		
Q36. Stockage du linge propre	1 si oui		
Q37. Procédure du circuit du linge sale	1 si oui		
si oui,	1 si 3		
elle est validée, diffusée, évaluée,	2 si 2		
Q38. Procédure précise tri à la production, le conditionnement	non scorable		
Q39. Procédure précise le stockage intermédiaire	1 si 3		
Q40. PS lors de manipulation du linge souillé (port de gants, hygiène des mains, protection de la tenue)	non scorable		
Q41. Moyens disponibles (chariot, sacs, EPI)	non scorable		



<b>Critères évalués</b>	<b>Score attribué à chaque question</b> (1 point par critère)	<b>Score maximal attendu par thème</b>	<b>Score attendu global</b>
Thèmes			
Questions			
<b>Déchets</b>		<b>8</b>	
Q42. Procédure du circuit des déchets si oui, elle est validée, diffusée, évaluée,	1 si oui 1 si 3		
Q43. Gestion des déchets inclus tri à la production, conditionnement, stockage, évacuation, traçabilité	1 si 5		
Q44. Traçabilité inclus convention avec le prestataire, bon de prise en charge, attestation de destruction	3 si oui		
Q45. Procédure précise l'application des précautions standard (gants, hygiène des mains, protection de la tenue)	1 si 3		
Q46. Moyens disponibles (sacs à DAOM, conteneurs à DASRI, collecteurs OPTC, matériel de protection)	1 si 4		
<b>Eau</b>		<b>26</b>	
<i>Eau chaude sanitaire et risque légionelle</i>			
Q47. Contrôle annuel	1 si oui		
Q48. Laboratoire d'analyse accrédité légionelle	non scoré		
Q49. 5 points de contrôle	1 si oui		
Q50. Conduite à tenir en cas de dysfonctionnement (information du directeur, mesures correctives, analyses de contrôle, sécurisation des points d'usage)	4 si 4		
Q51. Carnet sanitaire en place si oui, il contient les données suivantes : cartographie, suivi des températures, travaux en cours, maintenance, traitement contre le tartre, traitement de désinfection de la robinetterie, résultats d'analyses, réglementation, traçabilité des purges, relevé des consommations, expertise sanitaire et technique	1 si oui 10 si 10  non scoré		
Q52. Conduite à tenir en cas de légionellose comprenant : prise en charge du résident et du personnel, actions sur réseau d'eau, déclaration obligatoire, communication	4 si 4		
<i>Eau de consommation alimentaire</i>			
Q53. Contrôle annuel de potabilité	1 si oui		
Q54. Utilisation de l'eau embouteillée si oui, vérification date limite de consommation lieu de stockage	non scoré 2 si 2		
Q55. Eau des fontaines réfrigérantes si oui, contrôle annuel entretien régulier maintenance du circuit interne	non scoré 3 si 3		
Q56. Eau en bonbonne si oui, cahier des charges maintenance	non scoré 1 si 2		
Q57. Conduite à tenir en cas de dysfonctionnement	1 si oui		
<i>Eau pour soins standard</i>			
Q58. Contrôle trimestriel ( <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , coliformes totaux, flore aérobie revivifiée à 22 et 36°C)	1 si oui		
Q59. Conduite à tenir en cas de dysfonctionnement	1 si oui		
Q60. Information directeur et instances des dysfonctionnements	1 si oui		

<b>Critères évalués</b>	<b>Score attribué à chaque question</b> (1 point par critère)	<b>Score maximal attendu par thème</b>	<b>Score attendu global</b>
Thèmes			
Questions			
<i>Bassin d'eau de rééducation</i>			
Q61. Si grande baignoire vidange et nettoyage après chaque utilisation	1 si oui		
Q62. Si mini piscine (définition ARS) les mesures ad hoc mises en œuvre	1 si oui		
<b>III Gestion du matériel de soins</b>			<b>12</b>
Q63. Privilège de DM à usage unique	1 si oui		
Q64. Procédure traitement du matériel de soins	1 si oui		
Q65. Entretien du matériel (liste de matériel) :			
Procédure existe			
Procédure validée	1 si 3 (pour chaque matériel)		
Type de traitement :			
Détergent /désinfectant			
Ou Vapeur			
<b>IV Gestion des soins</b>			<b>32</b>
<b>Actes de soins infirmiers et de nursing</b>		12	
Q66. Soins pratiqués			
Procédure existe	1 si 2 pour chaque soins		
Procédure validée			
<b>Hygiène corporelle</b>		4	
Q67. Procédure			
Q68. Projet personnalisé	1 si oui		
Q69. Surveillance bucco dentaire	1 si oui		
Q70. Lavage de mains	1 si oui		
<b>Précautions « standard »</b>		8	
Q71. Information et ou formation			
1 si oui			
<b>Hygiène des mains</b>			
Q72. Utilisation PHA			
Q73. PHA à disposition	1 si oui		
Q74. Information et ou formation utilisation PHA	1 si oui		
Q75. Postes de lavage de mains comportent :			
Distributeur d'essuie mains			
Un distributeur de savon doux liquide	1 si 3		
Une poubelle			
<b>Gants</b>			
Q76. Gants à usage unique			
Q77. Gants non poudrés	1 si oui		
Q78. UN GESTE = UNE PAIRE DE GANTS	1 si oui		
<b>Précautions complémentaires</b>		3	
Q79. Information spécifique			
1 si oui			
Q80. Procédures existantes :			
De type contact			
De type gouttelettes	1 si 3		
De type air			
Q81. Signalisation	1 si oui		
<b>Antiseptiques</b>		5	
Q82. Procédure :			
Validée	1 si oui		
Diffusée	1 si 2		
Q83. Temps de contact			
Q84. Date d'ouverture	1 si oui		
Q85. Utilisation antiseptique alcoolique valorisée	non scoré		
Q86. Antiseptie en 4 temps	1 si oui		

<b>Critères évalués</b>	<b>Score attribué à chaque question</b> (1 point par critère)	<b>Score maximal attendu par thème</b>	<b>Score attendu global</b>
Thèmes			
Questions			
<b>V Les Vaccinations contre les infections respiratoires</b>			<b>4</b>
Q87. Vaccination antigrippale usagers	1 si oui		
Q88. Vaccination antigrippale personnel	1 si oui		
Q89. Vaccination anti pneumococcique usagers à risque	1 si oui		
Q90. Obligations vaccination des personnels	1 si oui		
<b>VI Gestion des risques épidémiques</b>			<b>30</b>
<b>Gale</b>		<b>8</b>	
Q91. Procédure	1 si oui		
Ecrite			
Validée	1 si 3		
Diffusée			
Q92. Elle prévoit :	non scorable		
Approvisionnement des produits	1 si oui		
Levée PC type contact	1 si oui		
Chambre	non scorable		
Traitement du linge	1 si oui		
Procédure et traçabilité contact	1 si oui		
Q93 : Le cas de gale est notifié :	non scorable		
Dans le dossier de l'usager	1 si oui		
Auprès des services de l'ARS	1 si oui		
<b>Tuberculose pulmonaire</b>		<b>11</b>	
Q94. Procédure	1 si oui		
Q95. Elle est :			
Ecrite			
Validée	1 si 3		
Diffusée			
Q96. Elle prévoit :	non scorable		
Identifier le CLAT	1 si oui		
Avis spécialisé	1 si oui		
PC type air	1 si oui		
Médecin santé au travail	1 si oui		
Dépistage usagers et personnel	1 si oui		
Masques chirurgicaux usager atteint	1 si oui		
Masques respiratoires personnel	1 si oui		
Déclaration CVGAS de l'ARS	1 si oui		
Hospitaliser usager	1 si oui		
<b>Gastro-entérite</b>		<b>5</b>	
Q97. Procédure	1 si oui		
Q98. Elle est :			
Ecrite			
Validée	1 si 3		
Diffusée			
PC contact	1 si oui		
Q99. Diarrhée à <i>Clostridium difficile</i> :			
Maintien dans sa chambre	1 si oui		
Traitement des locaux Eau de Javel	1 si oui		
Q100. Gestion des risques épidémiques, information prévue vers :			
Usagers	non scorable		
Salariés et intervenants extérieurs	non scorable		
Visiteurs	non scorable		

<b>Critères évalués</b>	<b>Score attribué à chaque question</b> (1 point par critère)	<b>Score maximal attendu par thème</b>	<b>Score attendu global</b>
Thèmes			
Questions			
<b>Infection respiratoire</b>		<b>6</b>	
Q101. Procédure	1 si oui		
Q102. Elle est :			
Ecrit			
Validée	1 si 3		
Diffusée			
PC gouttelettes	1 si oui		
Masque chirurgical personnel	1 si oui		
Masque chirurgical usager atteint	1 si oui		
Activités de groupe suspendues	1 si oui		
<b>VII Prévention des accidents d'exposition au sang</b>			<b>13</b>
Q103. Vaccination VHB personnels	1 si oui		
Q104. Formation / information risques d'AES	1 si oui		
Q105. Procédure	1 si oui		
Q106. Elle est :			
Validée	1 si 2		
Diffusée			
Test VIH en cas d'AES	1 si oui		
Suivi épidémiologique des AES	1 si oui		
Tendance AES au cours des 3 dernières années	non scoré		
Réunion CHSCT	non scoré		
Equipement ou matériel de sécurité :			
OPCT fixation	non scoré		
OPCT fixés	1 si oui		
Prélèvements sanguins	1 si oui		
Prélèvements capillaires	1 si oui		
Injections	1 si oui		
Perfusions sous cutanées	1 si oui		
Insulinothérapie	1 si oui		
Perfusions veineuses	1 si oui		
<b>Total</b>			<b>181</b>

### Annexe 3. Résultats complémentaires

#### Chapitre I – Moyens de prévention

Tableau 88 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème MOYENS

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	%FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	2	6,7	4	13,3
[10-20[	8	26,7	7	23,3
[20-30[	3	10,0	6	20,0
[30-40[	3	10,0	1	3,3
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	1	3,3	1	3,3
[60-70[	1	3,3	2	6,7
[70-80[	4	13,3	1	3,3
[80-90[	2	6,7	5	16,7
[90-100]	6	20,0	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 89 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème SURVEILLANCE/ALERTE

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	1	3,3	0	0,0
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	0	0,0	0	0,0
[30-40[	3	10,0	4	13,3
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	0	0,0	0	0,0
[60-70[	12	40,0	10	33,3
[70-80[	0	0,0	0	0,0
[80-90[	0	0,0	0	0,0
[90-100]	14	46,7	16	53,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 90 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème ANTIBIOTIQUES

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	12	40,0	7	23,3
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	0	0,0	0	0,0
[30-40[	0	0,0	0	0,0
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	5	16,7	6	20,0
[60-70[	0	0,0	0	0,0
[70-80[	0	0,0	0	0,0
[80-90[	0	0,0	0	0,0
[90-100]	13	43,3	17	56,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 91 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème TENUE DU PERSONNEL

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	9	30,0	9	30,0
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	0	0,0	0	0,0
[30-40[	0	0,0	0	0,0
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	9	30,0	7	23,3
[60-70[	0	0,0	0	0,0
[70-80[	0	0,0	0	0,0
[80-90[	0	0,0	0	0,0
[90-100]	12	40,0	14	46,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

## Chapitre II – Gestion de l'environnement et des circuits (linge/déchets)

Tableau 92 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème LOCAUX

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	0	0,0	0	0,0
<b>[10-20[</b>	<b>7</b>	<b>23,3</b>	<b>6</b>	<b>20,0</b>
[20-30[	0	0,0	0	0,0
[30-40[	1	3,3	0	0,0
[40-50[	1	3,3	1	3,3
[50-60[	1	3,3	1	3,3
[60-70[	4	13,3	1	3,3
[70-80[	5	16,7	1	3,3
<b>[80-90[</b>	<b>7</b>	<b>23,3</b>	<b>11</b>	<b>36,7</b>
[90-100]	4	13,3	9	30,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 93 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème HYGIENE EN RESTAURATION

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	1	3,3	0	0,0
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	2	6,7	4	13,3
[30-40[	4	13,3	2	6,7
[40-50[	3	10,0	3	10,0
[50-60[	3	10,0	6	20,0
[60-70[	2	6,7	4	13,3
[70-80[	3	10,0	4	13,3
[80-90[	7	23,3	3	10,0
[90-100]	5	16,7	4	13,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 94 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème GESTION DU LINGE

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	1	3,3	1	3,3
[10-20[	6	20,0	2	6,7
[20-30[	4	13,3	6	20,0
[30-40[	1	3,3	2	6,7
[40-50[	3	10,0	3	10,0
[50-60[	2	6,7	3	10,0
[60-70[	5	16,7	2	6,7
[70-80[	7	23,3	6	20,0
[80-90[	1	3,3	2	6,7
[90-100]	0	0,0	3	10,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 95 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème GESTION DES DECHETS

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	0	0,0	1	3,3
[10-20[	1	3,3	0	0,0
[20-30[	3	10,0	1	3,3
[30-40[	5	16,7	4	13,3
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	4	13,3	3	10,0
[60-70[	6	20,0	8	26,7
[70-80[	7	23,3	3	10,0
[80-90[	1	3,3	3	10,0
[90-100]	3	10,0	7	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 96 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème GESTION DE LA QUALITE DE L'EAU

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	2	6,7	0	0,0
[10-20[	4	13,3	3	10,0
[20-30[	4	13,3	2	6,7
[30-40[	3	10,0	3	10,0
[40-50[	6	20,0	3	10,0
[50-60[	4	13,3	6	20,0
[60-70[	1	3,3	4	13,3
[70-80[	3	10,0	3	10,0
[80-90[	2	6,7	4	13,3
[90-100]	1	3,3	2	6,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

### Chapitre III – Gestion du matériel de soins

Tableau 97 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le chapitre III

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	7	23,3	12	40,0
[10-20[	7	23,3	8	26,7
[20-30[	3	10,0	0	0,0
[30-40[	3	10,0	2	6,7
[40-50[	1	3,3	0	0,0
[50-60[	2	6,7	0	0,0
[60-70[	1	3,3	1	3,3
[70-80[	0	0,0	1	3,3
[80-90[	2	6,7	0	0,0
[90-100]	4	13,3	6	20,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 98 : Type de soins pratiqué en fonction de la taille de l'établissement (N = 30 FAM et 30 MAS)

Soins pratiqués	Nombre de places moyen des FAM	Nombre de places moyen des MAS
Hygiène des mains et port de gants	35,3	48,8
Soins de nursing (toilette, soins bucco dentaires...)	35,3	48,3
Précautions standard	34,9	49,6
Plaies (escarres, ulcères...)	37,3	49,7
Précautions complémentaires	36,2	50,6
Sondage vésical	42,1	51,0
Aérosol thérapie	43,4	53,6
Aspiration buccale	41,3	55,5
Oxygénothérapie	42,1	53,4
Pose d'une perfusion sous cutanée	41,8	53,2
Aspiration bronchitique ou endotrachéale	41,3	57,4
Pose d'une voie veineuse	40,3	61,3

Les soins les plus techniques (sondage vésical, aérosol thérapie, aspiration buccale...) semblent être pratiqués dans des MAS de plus grande taille (en moyenne > 51 places).



## Chapitre IV – Gestion des soins

Tableau 99 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème ACTES DE SOINS INFIRMIERS ET NURSING

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
<b>[0-10[</b>	<b>14</b>	<b>48,3</b>	<b>12</b>	<b>41,4</b>
[10-20[	2	6,9	3	10,3
[20-30[	3	10,3	2	6,9
[30-40[	1	3,4	1	3,4
[40-50[	0	0,0	1	3,4
[50-60[	1	3,4	1	3,4
[60-70[	1	3,4	0	0,0
[70-80[	2	6,9	2	6,9
[80-90[	1	3,4	1	3,4
[90-100]	4	13,8	6	20,7
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>	<b>29</b>	<b>100,0</b>

Tableau 100 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème HYGIENE CORPORELLE

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	0	0,0	0	0,0
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	1	3,3	1	3,3
[30-40[	0	0,0	0	0,0
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	6	20,0	4	13,3
[60-70[	1	3,3	0	0,0
<b>[70-80[</b>	<b>15</b>	<b>50,0</b>	<b>14</b>	<b>46,7</b>
[80-90[	0	0,0	0	0,0
<b>[90-100]</b>	<b>7</b>	<b>23,3</b>	<b>11</b>	<b>36,7</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 101 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème PRECAUTIONS « STANDARD »

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	0	0,0	0	0,0
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	0	0,0	0	0,0
[30-40[	0	0,0	2	6,7
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	1	3,3	4	13,3
[60-70[	7	23,3	3	10,0
[70-80[	4	13,3	6	20,0
[80-90[	4	13,3	2	6,7
<b>[90-100]</b>	<b>14</b>	<b>46,7</b>	<b>13</b>	<b>43,3</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 102 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
<b>[0-10[</b>	<b>12</b>	<b>40,0</b>	<b>9</b>	<b>30,0</b>
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	0	0,0	0	0,0
[30-40[	5	16,7	7	23,3
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	0	0,0	0	0,0
[60-70[	6	20,0	6	20,0
[70-80[	0	0,0	0	0,0
[80-90[	0	0,0	0	0,0
<b>[90-100]</b>	<b>7</b>	<b>23,3</b>	<b>8</b>	<b>26,7</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 103 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème ANTISEPTIQUES

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
<b>[0-10[</b>	<b>11</b>	<b>36,7</b>	<b>5</b>	<b>16,7</b>
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	13	43,3	12	40,0
[30-40[	0	0,0	0	0,0
[40-50[	1	3,3	0	0,0
[50-60[	0	0,0	0	0,0
[60-70[	0	0,0	4	13,3
[70-80[	0	0,0	0	0,0
[80-90[	2	6,7	2	6,7
[90-100]	3	10,0	7	23,3
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

## Chapitre V – Vaccination contre les IRA

Tableau 104 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le chapitre V

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	1	3,3	0	0,0
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	0	0,0	1	3,3
[30-40[	0	0,0	0	0,0
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	5	16,7	2	6,7
[60-70[	0	0,0	0	0,0
[70-80[	11	36,7	7	23,3
[80-90[	0	0,0	0	0,0
<b>[90-100]</b>	<b>13</b>	<b>43,3</b>	<b>20</b>	<b>66,7</b>
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

## Chapitre VI – Gestion des risques épidémiques

Tableau105 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème GALE

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	7	23,3	6	20,0
[10-20[	1	3,3	4	13,3
[20-30[	11	36,7	1	3,3
[30-40[	0	0,0	1	3,3
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	0	0,0	0	0,0
[60-70[	0	0,0	0	0,0
[70-80[	5	16,7	4	13,3
[80-90[	3	10,0	5	16,7
[90-100]	3	10,0	9	30,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 106 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème TUBERCULOSE

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
<b>[0-10[</b>	<b>26</b>	<b>86,7</b>	22	73,3
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	1	3,3	0	0,0
[30-40[	1	3,3	0	0,0
[40-50[	0	0,0	2	6,7
[50-60[	0	0,0	0	0,0
[60-70[	0	0,0	0	0,0
[70-80[	0	0,0	1	3,3
[80-90[	0	0,0	0	0,0
[90-100]	2	6,7	5	16,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 107 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème GASTRO-ENTERITE

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
<b>[0-10[</b>	<b>9</b>	<b>30,0</b>	5	16,7
[10-20[	0	0,0	0	0,0
[20-30[	2	6,7	3	10,0
[30-40[	0	0,0	0	0,0
[40-50[	5	16,7	4	13,3
[50-60[	0	0,0	0	0,0
[60-70[	7	23,3	8	26,7
[70-80[	0	0,0	0	0,0
[80-90[	4	13,3	2	6,7
[90-100]	3	10,0	8	26,7
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

Tableau 108 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le thème INFECTION RESPIRATOIRE

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	6	20,0	7	23,3
[10-20[	1	3,3	2	6,7
[20-30[	0	0,0	0	0,0
[30-40[	6	20,0	1	3,3
[40-50[	0	0,0	0	0,0
[50-60[	2	6,7	4	13,3
[60-70[	7	23,3	4	13,3
[70-80[	0	0,0	0	0,0
[80-90[	3	10,0	6	20,0
[90-100]	5	16,7	6	20,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

## Chapitre VII – Prévention des AES

Tableau 109 : Répartition des établissements selon le % d'objectifs atteints pour le chapitre VII

Classe (% d'objectifs atteints)	N FAM	% FAM	N MAS	% MAS
[0-10[	0	0,0	2	6,7
[10-20[	3	10,0	2	6,7
[20-30[	1	3,3	2	6,7
[30-40[	3	10,0	2	6,7
[40-50[	4	13,3	3	10,0
[50-60[	7	23,3	3	10,0
[60-70[	4	13,3	3	10,0
[70-80[	5	16,7	7	23,3
[80-90[	1	3,3	0	0,0
[90-100]	2	6,7	6	20,0
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>	<b>30</b>	<b>100,0</b>

## Annexe 4. Liste des établissements FAM ou MAS participants

### Inter-région Paris-Nord

#### Haute-Normandie

Etablissement	Ville
FAM Eugénie Marie	LA NEUVILLE DU BOSC
FAM Gérard de Nerval	GRUGNY
MAS de Gisors*	GISORS

#### Ile de France

Etablissement	Ville
FAM et Foyer de vie de l'association des paralysés de France*	JOINVILLE LE PONT
MAS Le centre de vie « Passeraile »	MAGNY LE HONGRE
MAS Le Grand Saule*	MONTFERMEIL
MAS Cérébrolésés et adultes polyhandicapés*	PARIS
FAM Le Colombier*	SOISY SOUS MONTMORENCY
MAS Le Pommier Pourpre*	ST DENIS
MAS Résidence la Joncherie	TOURNAN EN BRIE
FAM Tamaris	VILLEJUIF

#### Nord-Pas de Calais

Etablissement	Ville
FAM Louise Weiss*	NOEUX LES MINES

#### Picardie

Etablissement	Ville
FAM Arassoc*	BACOUËL-SUR-SELLE
MAS APEI*	LAON

### Inter-région Ouest

#### Basse-Normandie

Etablissement	Ville
MAS Ikigai*	BRETTEVILLE L'ORGUEILLEUSE
MAS Les Mézières	VINGT-HANAPS
MAS Les Hauts Vents*	VIRE

#### Bretagne

Etablissement	Ville
FAM de Kervallon*	BREST
FAM Jean Coulogner	PLOUDANIEL
FAM Les Châtaigniers	LA ROCHE MAURICE
MAS La Maison des Roseaux	BEGARD
MAS Le Placis Vert	THORIGNE FOUILLARD

#### Pays de Loire

Etablissement	Ville
MAS de l'Oudon	SEGRE
FAM de Chemille	CHEMILLE
FAM de Pouance	POUANCE

## Inter-région Est

### Alsace

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
FAM de la Grossmatt	HOENHEIM
FAM Personnes Handicapées Vieillissantes Armée du salut*	STRASBOURG
MAS Adèle de Glaubitz*	STRASBOURG

### Lorraine

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
FAM Résidence des Trois Fontaines	VEZELISE
MAS de Rohrbach-lès-Bitche*	ROHRBACH LES BITCHE
MAS pour adultes autistes de Moyen*	MOYEN

## Inter-région Sud-Est

### Auvergne

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
FAM de Nonette	NONETTE
MAS les Charmes*	VERTAIZON

### Corse

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
MAS d'Ajaccio*	AJACCIO
MAS de Tattone*	VIVARIO

### Languedoc Roussillon

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
MAS du centre Hélio Marin SOL I MAR*	BANYULS SUR MER
MAS des Quatre Seigneurs*	MONTPELLIER
FAM APIGHREM*	ST MATHIEU DE TREVIERS

### Provence Alpes Côte d'Azur

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
MAS ADIJ	AIX EN PROVENCE
FAM de Forcalquier*	FORCALQUIER
FAM du Luc*	LE LUC
MAS Édouard Toulouse*	MARSEILLE
FAM les Hortensias*	MARSEILLE
MAS les Iris*	ST REMY DE PROVENCE

### Réunion

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
FAM Maison Pierre Lagourgue*	STE MARIE
FAM Alice Verdin*	ST DENIS
FAM des Trois Cascades*	ST BENOIT
FAM Henry Lafay*	ST GILLES LES BAINS

## Rhône-Alpes

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
FAM L'Étang Carret	DOMMARTIN
FAM L'Olivier – IMC*	LE CHAMBON FEUGEROLLES
MAS Jolane	MEYZIEU
FAM Roche Fleurie	PREMEYZEL

## Inter-région Sud-Ouest

### Aquitaine

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
MAS Le Barail APAJH*	MERIGNAC

### Limousin

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
MAS du Vernet	GUERET
FAM de Sornac	SORNAC

### Midi-Pyrénées

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
MAS le Coquelicot*	CASTALGINEST
FAM la Résidence Bordeneuve*	ST ETIENNE DE TULMONT
MAS Le Clos Fleuri*	ORDIZAN

### Poitou-Charentes

<b>Etablissement</b>	<b>Ville</b>
MAS du Moulin Neuf*	VOUILLE
FAM le CAAP	VOUNEUIL SOUS BIARD

*\*Établissement ayant répondu à l'étude d'impact*