

Mai 2024

**INFECTIONS
ASSOCIEES
AUX SOINS**

Rapport d'évaluation Eva-GEx

Evaluation des pratiques de prévention du péril fécal dans les établissements de santé en 2022-2023



Coordination

Mission SPARES, responsable Dr Loïc Simon (CPias Grand Est, Vandœuvre-lès-Nancy)

Groupe de travail

- Chefs de projets : **Loïc Simon** (Responsable mission SPARES, CPias Grand Est, Vandœuvre-lès-Nancy) et **Elodie Couvé-Deacon** (membre de la mission SPARES, CHU Dupuytren, Limoges)
- Membres de la mission SPARES : **Olivia Ali-Brandmeyer** (CPias Grand Est, Vandœuvre-lès-Nancy), **Catherine Dumartin** (CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux), **Emmanuelle Reyreaud** (CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux)
- Membres de la mission Nationale MATIS : **Anne-Gaëlle Venier** (CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux),
- Membres de la mission Nationale PRIMO : **Céline Poulain** (CPias Pays de la Loire)
- Autres membres : **Caroline Gauthier** (CHU Bordeaux), **Emilie Javelaud** (CHU Dupuytren), Limoges), **Agnès Lashéras-Bauduin** (CHU Bordeaux)

Réalisation de l'outil informatique

- Agence **Ascomédia**

Groupe de validation

- Mission SPARES : **Loïc Simon** (Responsable mission SPARES, CPias Grand Est, Vandœuvre-lès-Nancy), **Catherine Dumartin** (CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux), **Amélie Jouzeau** (CPias Grand Est, Vandœuvre-lès-Nancy), **Christian Martin** (CHU Dupuytren, Limoges), **Aurélie Chabaud** (CHU Dupuytren, Limoges), **Elodie Couvé-Deacon** (CHU Dupuytren, Limoges), **Olivia Ali-Brandmeyer** (CPias Grand Est, Vandœuvre-lès-Nancy), **Emmanuelle Reyreaud** (CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux), **Muriel Péfau** (CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux), **Marie-Cécile Ploy** (CHU Dupuytren, Limoges), **Anne-Marie Rogues** (CPias Nouvelle-Aquitaine, Bordeaux), **Florence Lieutier** (CPias Grand Est, Vandœuvre-lès-Nancy), **Lory Dugravot** (CPias Grand Est, Vandœuvre-lès-Nancy).

Rédaction du rapport :

- **Olivia Ali-Brandmeyer, Elodie Couvé-Deacon, Loïc Simon**

Résumé

Dans le cadre de son volet prévention, la mission Surveillance et Prévention de l'AntibioRésistance dans les Etablissements de Santé (SPARES) a mis en place une évaluation des pratiques de gestion des *excreta* et de la maîtrise du péril fécal dans les établissements de santé (ES). Les objectifs étaient de proposer une évaluation d'items clés de la maîtrise du péril fécal au cours de la gestion des *excreta* dans les ES et d'obtenir un score de maîtrise du péril fécal par item d'intérêt pour orienter la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

Cette évaluation concernait les établissements de santé avec des unités de soins de court et moyen séjour. Les données recueillies à l'aide de fiches établissement, unité - EOH, unité - cadre de santé, professionnel et patient portaient sur 17 items d'intérêt représentant les points clés de la maîtrise du péril fécal. Les résultats étaient saisis dans une application en ligne permettant le calcul d'un niveau de maîtrise du péril fécal par item d'intérêt avec un résultat donné au niveau d'une unité de soins participante. Un compte rendu de résultat était téléchargeable dans l'application et proposait des axes d'amélioration à mettre en place en fonction des niveaux de maîtrise obtenus par les unités de soins, ainsi que d'une liste d'outils disponibles. Les EOH disposaient ainsi d'un état des lieux des pratiques et des risques spécifiques pour chaque unité de soins audité. Une enquête d'impact a été proposée aux ES six mois après leur participation.

L'évaluation a été conduite du 1^{er} novembre 2022 au 23 mars 2023 par 464 ES, soit 2 130 unités de soins, 17 213 professionnels et 9 360 patients. Le contrôle global du péril fécal sur l'année précédente était maîtrisé dans 92,2% des unités de soins. La proportion des unités de soins ayant un haut niveau de maîtrise était de 32,6 % pour l'évaluation locale des mesures de gestion des *excreta*, 23% pour les actions de sensibilisation à la gestion des *excreta*, 83,8% concernant la disponibilité des équipements de protection individuelle, 74,7% concernant le matériel à usage unique disponible pour la gestion des *excreta* et 23% concernant les dispositifs réutilisables disponible pour la gestion des *excreta*. Les habitudes de pratiques des professionnels montraient un haut niveau de maîtrise du port de gants dans 89,3% des unités de soins et de la réalisation de friction hydro-alcoolique dans 81,4% des unités de soins. La protection de la tenue n'était, quant à elle, maîtrisée que dans seulement 7,2% des unités de soins. Concernant la bonne utilisation du lave bassin et des couvercles sur les bassins souillés, respectivement 20,1% et 16,6% des unités de soins étaient en haut niveau de maîtrise. L'item « Fréquence d'utilisation des douchettes » n'atteignait un haut niveau de maîtrise que dans 44,6% des unités de soins. Les résultats des entretiens avec les patients utilisant les toilettes de la chambre montraient qu'un haut niveau de maîtrise était constaté dans 13% des unités pour l'utilisation de l'abattant et 67 % pour le lavage des mains des patients. Concernant les patients dépendants, n'utilisant pas les toilettes de la chambre, un haut niveau de maîtrise était constaté dans 13% des unités pour l'hygiène des mains proposée au patient.

Cent douze ES ont participé à l'enquête d'impact rapportant des difficultés de mise en place des actions d'amélioration à 6 mois. Environ 62% des établissements avaient le sentiment que l'audit Eva-GEx avait été contributif ou très contributif dans l'établissement. Cette enquête a mis en évidence un niveau de

satisfaction globale important des ES, surtout concernant la méthodologie (90,2%), ainsi que la conduite de l'évaluation (86,6%) et l'application informatique (85,7%).

La sensibilisation à la gestion des *excreta* et les moyens disponibles étaient globalement maîtrisés par les ES participants à cet audit. Eva-Gex souligne l'importance de la maîtrise de la procédure locale de gestion des *excreta* ainsi que de la sensibilisation et de l'évaluation pour l'amélioration globale des pratiques professionnelles, notamment l'hygiène des mains, la protection de la tenue, la bonne utilisation du lave-bassin et l'arrêt de l'utilisation des douchettes. L'outil donnait globalement satisfaction aux ES. Il reste accessible en ligne au moins jusqu'en septembre 2024 pour reconduire l'évaluation dans une démarche d'amélioration continue.

Mots clés : gestion des *excreta* – évaluation – péril fécal – niveau de maîtrise – axes d'amélioration – prévention.

Liste des tableaux

Tableau 1 : Répartition du nombre d'unités de soins par ES et du nombre de fiches Professionnel et Patient par unité de soins.....	16
Tableau 2 : Evaluation des mesures de gestion des <i>excreta</i> dans les unités de soins	17
Tableau 3 : Actions de sensibilisation à la gestion des <i>excreta</i> dans les unités de soins	18
Tableau 4 : Contrôle du péril fécal dans les unités de soins (N=2 130).....	18
Tableau 5 : Disponibilité du matériel pour la routine de la gestion des <i>excreta</i> dans les unités de soins (N=2 130).....	19
Tableau 6 : Disponibilité de l'usage unique et alternative en cas d'indisponibilité (N=1 396)	19
Tableau 7 : Disponibilité du lave-bassin et alternative en cas d'indisponibilité (N=1 777)	19
Tableau 8 : Mode d'entretien des dispositifs réutilisables dans les unités de soins ne disposant pas de lave-bassin (N=240)	20
Tableau 9 : Equipements de protection individuelle pour la gestion des <i>excreta</i> et disponibilité	20
Tableau 10 : Existence d'une procédure de gestion des <i>excreta</i> (N=2 130)	21
Tableau 11 : Répartition des professionnels par fonction (N=17 213)	22
Tableau 12 : Répartition des professionnels par poste (N=17 213).....	22
Tableau 13 : Formation dédiée à la gestion des <i>excreta</i> dans les 5 dernières années (N=17 213)	22
Tableau 14 : Association du port d'un tablier et du niveau de maîtrise des actions de sensibilisation à la gestion des <i>excreta</i>	27
Tableau 15 : Association entre la fréquence de bonne utilisation du lave bassin et le niveau de maîtrise de l'évaluation des mesures de gestion des <i>excreta</i>	28
Tableau 16 : Association entre la fréquence de bonne utilisation du lave bassin et le niveau de maîtrise des actions de sensibilisation à la gestion des <i>excreta</i>	28
Tableau 17 : Association entre la fréquence d'utilisation d'une douchette et le niveau de maîtrise de l'évaluation des mesures de gestion des <i>excreta</i>	28
Tableau 18 : Association entre la fréquence d'utilisation d'une douchette et le niveau de maîtrise des actions de sensibilisation à la gestion des <i>excreta</i>	29
Tableau 19 : Association entre la fréquence de port d'un tablier et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des <i>excreta</i>	29
Tableau 20 : Association entre la fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des <i>excreta</i>	30
Tableau 21 : Association entre la fréquence de bonne utilisation du lave-bassin et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des <i>excreta</i>	30

Tableau 22 : Association entre la fréquence d'utilisation d'une douchette et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des <i>excreta</i>	30
Tableau 23 : Association entre la fréquence de réalisation d'une friction après avoir géré des <i>excreta</i> et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des <i>excreta</i>	31
Tableau 24 : Répartition régionale des établissements participant à l'enquête d'impact	33

Liste des illustrations

Figure 1 : Répartition des établissements participants par région et taux de participation	15
Figure 2 : Répartition des unités de soins selon le niveau de maîtrise pour chaque item d'intérêt ...	17
Figure 3 : Fréquence d'entretien manuel des dispositifs souillés au cours de la dernière semaine (N=1 760).....	21
Figure 4 : Fréquence des difficultés à mettre en œuvre la procédure de gestion des excréta (N=1 705)	21
Figure 5 : Fréquence de protection de la tenue et du port de gants	23
Figure 6 : Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés et de bonne utilisation du lave-bassin.....	23
Figure 7 : Fréquence d'utilisation des douchettes (N=17 213)	24
Figure 8 : Fréquence de l'hygiène des mains des professionnels (N=17 213)	24
Figure 9 : Freins rencontrés par stade de motivation (N=15 619)	25
Figure 10 : Fréquence à laquelle le patient baisse l'abattant des toilettes avant de tirer la chasse d'eau (N=4 812).....	26
Figure 11 : Fréquence de lavage des mains des patients (N=7 020).....	26
Figure 12 : Fréquence à laquelle les soignants ont proposé de réaliser une hygiène des mains au patient (N=2 340)	27
Figure 13 : Répartition par type d'établissement des ES participant à l'évaluation et à l'enquête d'impact.....	33
Figure 14 : Etat d'avancement des actions d'amélioration des établissements participant à l'enquête d'impact.....	35
Figure 15 : Niveau de satisfaction des établissements (N = 112) participant à l'enquête d'impact vis-à-vis des différents éléments de l'évaluation Eva-GEx.....	37

Abréviations

AS	Aide-soignant
ASH	Agent des services hospitaliers
ASHQ	Agent des services hospitaliers qualifié
BHRe	Bactéries hautement résistantes aux antibiotiques et émergentes
CH	Centre hospitalier
CHR/CHU	Centre hospitalier régional/Centre hospitalier universitaire
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CPIAS	Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
CS	Cadre de santé
DIA	Centre de dialyse
DR	Dispositif réutilisable
EOH	Équipe opérationnelle d'hygiène
EPC	Entérobactérie productrice de carbapénémase
EPI	Équipement de protection individuelle
ERG	<i>Enterococcus faecium</i> résistant aux glycopeptides
ES	Établissement de santé
ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
GCS	Groupement de coopération sanitaire
HIA	Hôpital d'instruction des armées
IDE	Infirmier diplômé d'état
LB	Lave bassin
MATIS	Mission d'Appui Transversal à la prévention des Infections associées aux Soins
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
PC	Précautions complémentaires
PS	Professionnel de santé
PT	Patient
PRIMO	Surveillance et prévention de la résistance bactérienne aux antibiotiques et des infections associées aux soins en soin de ville et en secteur médico-social
PROPIAS	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
PSY	Établissement psychiatrique
SARM	<i>Staphylococcus aureus</i> résistant à la méticilline
SF2H	Société française d'hygiène hospitalière
SLD	Soins de longue durée
SPARES	Surveillance et prévention de l'antibiorésistance en établissement de santé
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UU	Usage unique

Sommaire

Liste des tableaux	5
Liste des illustrations	7
I / Introduction et contexte	10
II / Objectif et Elaboration de l’outil d’évaluation.....	11
III / Méthodologie de l’évaluation.....	13
1/ Périmètre de l’audit	13
2 / Recueil des données	13
3 / Communication des résultats et définition des axes d’amélioration	13
4 / Période d’étude.....	14
5 / Analyse des résultats	14
IV / Résultats	15
1 / Participation.....	15
2 / Niveau de maîtrise des items évalués.....	16
3 / Résultats détaillés par critère d’évaluation	17
4/ Facteurs influençant la gestion des <i>excreta</i>	27
5 / Enquête d’impact.....	32
V / Discussion	39
VI / Conclusion et perspectives	43
VII / Bibliographie.....	44
VIII / Annexes.....	45

I / Introduction et contexte

La mission nationale SPARES, dans ses actions de prévention, a développé par le passé un modèle d'évaluation permettant de proposer des actions d'amélioration ciblées sur le niveau de pratique local des participants. Ce modèle méthodologique ayant donné satisfaction aux utilisateurs, SPARES a proposé une nouvelle évaluation dénommée Eva-Gex. Celle-ci s'inscrivait en réponse aux attentes des Equipes Opérationnelles d'Hygiène qui ont exprimé la volonté de travailler sur les pratiques de gestion des *excreta* lors d'entretiens menés par la mission MATIS en 2019 au congrès de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H), et en mai 2021 dans leurs réponses au sondage de la mission SPARES sur leurs attentes concernant un futur outil.

De plus, cette évaluation s'intègre dans une démarche d'amélioration proposée par plusieurs missions nationales. Elle s'inscrit ainsi dans la continuité de l'audit GEX proposé en 2019 par la mission PRIMO et fait suite à la mise à disposition en 2020 de la boîte à outils Péril fécal par la mission MATIS.

En 2021, SPARES a mis en place un outil d'autoévaluation de la maîtrise de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe) à destination des ES. L'objectif de l'évaluation était de proposer des axes d'amélioration ciblés en accord avec les recommandations « Prévention de la transmission croisée des BHRe » du HCSP de décembre 2019. Cette évaluation concernait les ES ayant hospitalisé un patient porteur BHRe dans les 6 mois. L'évaluation a été conduite par 132 ES, soit 377 services et 377 observations patient (rapport des résultats Eva-BHRE : https://cpias-grand-est.fr/wp-content/uploads/2022/03/RapportAudit_Eva-BHRe.pdf).

Eva-Gex correspond également à la poursuite de l'action de la mission SPARES, la gestion des *excreta* restant en effet une problématique prioritaire pour la maîtrise de la diffusion de l'antibiorésistance. Ainsi le groupe de travail mis en place pour définir la méthode et les outils de cette évaluation a incité les établissements de santé à l'utilisation des outils de sensibilisation au péril fécal en préalable à la conduite de l'évaluation (actualité sur le site du Répias en septembre 2021 : <https://www.preventioninfection.fr/actualites/spares-mobilisation-nationale-pour-la-prevention-du-peril-fecal/>).

In fine Eva-GEx explore le péril fécal au sein des établissements de santé qui est défini comme le risque de contamination par des micro-organismes fécaux (présents dans les selles) responsables d'infection et/ou résistants aux antibiotiques. Il a donc été choisi que dans le cadre d'Eva-Gex, le terme *excreta* fasse référence uniquement aux selles des patients hospitalisés. L'évaluation porte donc sur la gestion des *excreta* ainsi définis et ne concerne pas la gestion des bœux à urines, la gestion des sondes urinaires, ni celle des urinaux.

II / Objectif et élaboration de la méthode et de l'outil d'évaluation

Objectifs de l'audit

L'évaluation Eva-Gex proposée par le groupe de travail mis en place par la mission SPARES comporte un double objectif :

- proposer une évaluation d'items clés de la maîtrise du péril fécal au cours de la gestion des *excreta* dans les établissements de santé ;
- obtenir un score de maîtrise du péril fécal par item d'intérêt pour orienter la mise en œuvre d'actions d'amélioration ciblées, en fonction de la situation individuelle de chaque unité de soins participante.

Elaboration de la méthode d'évaluation

Le groupe de travail a défini les principes de la méthode d'évaluation : l'audit Eva-GEx est une évaluation rétrospective des pratiques de gestion des *excreta*. Il s'agit d'un audit mixte, par observations et entretiens, comportant pour chaque unité de soins participante :

- Le recueil par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et le cadre de santé de l'unité de soins auditée de données sur les stratégies et moyens mis à disposition pour la gestion des *excreta*
- Une évaluation des pratiques habituelles déclarées des soignants présents le jour de l'évaluation en matière de gestion des *excreta*
- Une évaluation de l'expérience de patients en cours d'hospitalisation, lors d'un entretien individuel

Le groupe de travail s'est appuyé sur les référentiels existants, notamment l'actualisation des précautions standard publiée par la SF2H en 2017 (1) pour définir 17 items d'intérêt de maîtrise du péril fécal. L'évaluation n'était pas exhaustive, mais s'appuyait sur les points d'évaluation les plus pertinents. Les 17 items d'intérêt qui ont été choisis sont listés ci-dessous :

- Evaluation des mesures de gestion des *excreta*,
- Actions de sensibilisation à la gestion des *excreta*,
- Contrôle du péril fécal dans l'unité de soins (épidémie d'origine digestive),
- Matériel disponible pour la gestion des *excreta* (usage unique),
- Matériel disponible pour la gestion des *excreta* (dispositif réutilisable),
- Equipements de protection individuelle (disponibilité),
- Habitude de pratique de gestion des *excreta* (déclaré au niveau unité de soins),
- Procédure de gestion des *excreta* (existence et mise en place)
- Pratiques déclarées par les professionnels :
 - Fréquence de protection de la tenue,
 - Fréquence de port de gants,
 - Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés,

- Fréquence de bonne utilisation du lave bassin,
- Fréquence d'utilisation des douchettes,
- Fréquence de l'hygiène des mains des professionnels,
- Freins des professionnels à la gestion des *excreta*
- Expérience patients :
 - Fréquence d'utilisation de l'abattant des toilettes pour les patients utilisant les toilettes de la chambre,
 - Fréquence de lavage des mains pour les patients utilisant les toilettes de la chambre,
 - Fréquence de l'hygiène des mains pour les patients n'utilisant pas les toilettes de la chambre.

Le groupe a établi un arbre décisionnel de « scoring » (Annexe 7) incluant des pondérations en fonction des réponses apportées aux fiches d'évaluation par les participants, permettant d'attribuer un niveau de maîtrise de chaque item d'intérêt. L'outil informatique créé permettait la saisie des évaluations, le calcul des scores de maîtrise et le rendu des résultats de chaque unité de soins participante.

Une enquête d'impact a été proposée 3 mois après la fin de l'évaluation. Elle portait sur le choix et la mise en place des actions d'amélioration proposés par l'application Eva-GEx, les raisons pour lesquelles des actions d'amélioration n'avaient pas été choisies, les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des actions choisies, l'apport de l'évaluation Eva-GEx sur l'amélioration des pratiques de gestion des *excreta* et la satisfaction des différents éléments de l'outil d'évaluation.

III / Méthodologie de l'évaluation

1/ Périmètre de l'audit

- Critères d'inclusion

Toutes les unités de soins de court et moyen séjour des établissements de santé pouvaient être incluses dans l'étude SPARES. Les centres de dialyse pouvaient également être inclus.

- Critères d'exclusion

Les établissements et unités de soins de longue durée, les établissements médico-sociaux (dont les EHPAD), l'hospitalisation à domicile étaient exclus de cette étude, ainsi que les services de consultation externe et services accueillant exclusivement des patients portant des protections (par exemple : néonatalogie, pédiatrie jeunes enfants, service de personnes âgées très dépendantes...).

2 / Recueil des données

Le référent de l'évaluation d'un ES participant devait renseigner les fiches suivantes :

- **Fiche Etablissement (voir annexe 1)** : 1 par établissement
- **Fiche Unité – Equipe Opérationnelle d'Hygiène (voir annexe 2)** : 1 pour chaque unité de soins évaluée
- **Fiche Unité – Cadre de santé (voir annexe 3)** : 1 pour chaque unité de soins évaluée
- **Fiche Professionnel (voir annexe 4)** : 1 pour chaque professionnel présent le jour de l'évaluation
- **Fiche Patient (voir annexe 5)** : 1 par patient sélectionné, hospitalisé dans l'unité

Il s'agissait d'un recueil de données déclaratif par l'EOH, le cadre de santé et les professionnels. Les données de la fiche Patient étaient recueillies lors d'un entretien avec le patient.

3 / Communication des résultats et définition des axes d'amélioration

Une fois l'enquête réalisée et saisie dans l'application en ligne (<https://evagex-spares.fr>), le score était rendu selon 3 niveaux de maîtrise : « haut niveau de maîtrise », « maîtrise modérée » et « bas niveau de maîtrise », illustrés par des codes couleur : vert, orange et rouge. Ces scores étaient définis selon un arbre décisionnel présenté en annexe 6. Un commentaire expliquant le résultat obtenu était rendu par item et par niveau de maîtrise. Pour les items ayant obtenu un niveau bas ou modéré, des actions d'amélioration étaient proposées pour aider l'EOH dans le choix d'actions à mettre en place

dans l'unité de soins. Un document classant et répertoriant ces outils était proposé. Il s'agissait d'outils existants, disponibles en ligne dans la base documentaire du RePias.

4 / Période d'étude : évaluation et enquête d'impact

Dans le cadre de l'étude SPARES, les établissements de santé souhaitant participer, se sont inscrits sur l'application « Eva-GEx » et ont saisi les résultats de leurs unités de soins pendant la période d'enquête entre le 1er novembre 2022 et le 23 mars 2023. Une enquête d'impact sur la base du volontariat a également été proposée aux participants 3 mois après la fin de la participation des établissements de juin à septembre 2023. Depuis la fin de la période de l'étude SPARES, l'outil reste en ligne, à disposition des établissements qui le souhaitent pour une utilisation libre au moins jusqu'en septembre 2024.

5 / Analyse des résultats

Ce rapport présente la participation et les résultats de l'audit par item d'intérêt. Les données sont présentées en pourcentage d'établissements ou d'unités de soins selon le critère d'évaluation.

Pour l'analyse de la corrélation entre les facteurs influençant la gestion des *excreta*, la significativité a été évaluée par des tests du Khi-2. Ont été recherchées les associations entre des items de maîtrise au niveau de l'unité de soins : actions de sensibilisation, actions d'évaluation et procédure de gestion des *excreta* et les pratiques professionnelles déclarées. Seules les associations significatives sont présentées dans le rapport.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS 9.4.

IV / Résultats

1 / Participation

Sur la période proposée d'évaluation, du 1^{er} novembre 2022 au 23 mars 2023, 464 établissements ont participé à l'audit. La représentation géographique de la participation est présentée dans la figure 1.

La répartition des établissements publics et privés était la suivante : 44,6% public, 33,2% privé et 22,2% ESPIC. Les établissements participant à l'étude étaient répartis de cette façon : 39,2 % CH/HIA, 29,3 % MCO, 22,6 % SSR, 4,8 % CHU/CHR, 1,7 % CLCC, 1,7% PSY et 0,7 % DIA. Les 464 établissements participants ont permis d'évaluer 2 130 unités de soins, 17 213 professionnels et 9 360 patients (Tableau 1).

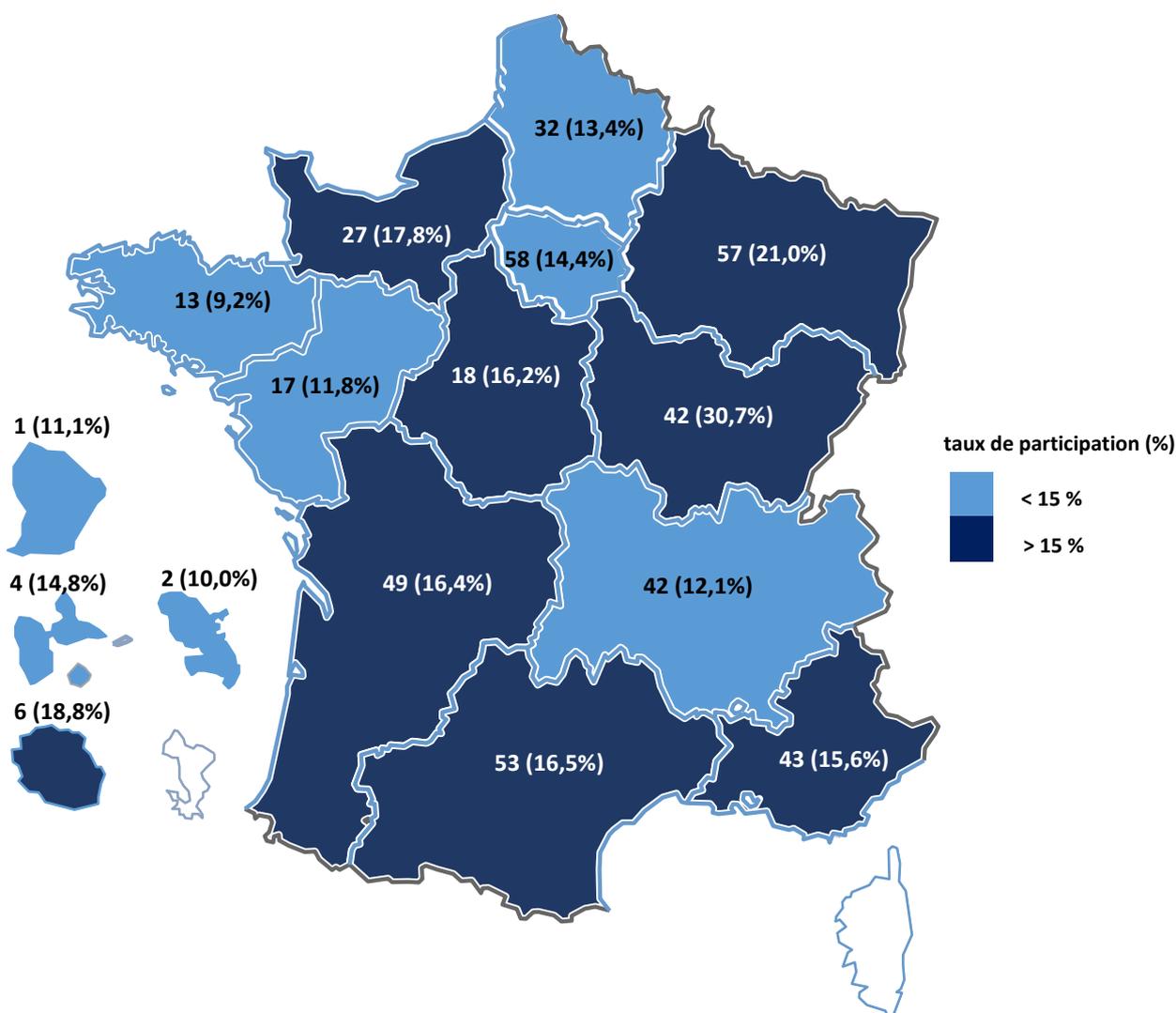


Figure 1 : Répartition des établissements participants par région et taux de participation

Tableau 1 : Répartition du nombre d'unités de soins par ES et du nombre de fiches Professionnel et Patient par unité de soins

	Total	min	p25	médiane	p75	max
Unités de soins par ES	2 130	1	1	3	6	43
Fiches professionnel par unité de soins	17 213	1	4	7	11	45
Fiches patient par unité de soins	9 360	1	3	4	4	50

2 / Niveau de maîtrise des items évalués

Les niveaux de maîtrise des unités de soins participantes sont rapportés dans la figure 2.

Il était constaté un haut niveau de maîtrise dans 92,2% des unités de soins concernant le contrôle du péril fécal (aucune épidémie d'origine digestive au cours de l'année passée). L'évaluation des mesures de gestion des *excreta* au cours des 3 dernières années atteignait un haut niveau de maîtrise dans 32,6% des unités de soins (évaluation avec actions d'amélioration identifiées et mises en œuvre). Concernant les actions de sensibilisation à la gestion des *excreta*, 23% des unités de soins étaient en haut niveau de maîtrise (un minimum de 2 actions avec formation pratique ou e-learning).

Les items évaluant la disponibilité du matériel pour la gestion des *excreta* était en haut niveau de maîtrise dans 74,7% des unités de soins pour l'usage unique, tandis qu'il était seulement à 23% des unités de soins pour les dispositifs réutilisables. Un haut niveau de maîtrise était constaté dans 83,8% des unités de soins concernant l'approvisionnement et la disponibilité des équipements de protection individuelle. L'item « habitudes de pratique de gestion des *excreta* » évalué globalement pour l'unité de soins était en haut niveau de maîtrise dans 68,2% des unités de soins. Il était constaté un haut niveau de maîtrise dans seulement 28,3% des unités de soins concernant la procédure de gestion des *excreta* (existence d'une procédure sans difficulté à la mettre en œuvre).

Concernant les items renseignés par les professionnels sur leur pratique de gestion des *excreta* lors de la semaine passée, un haut niveau de maîtrise était constaté dans 89,3% des unités de soins pour le port de gants et dans 81,4% des unités de soins pour la réalisation de la FHA. La protection de la tenue, quant à elle, était en haut niveau de maîtrise dans seulement 7,2% des unités de soins (tablier disponible et port systématique du tablier par tous les professionnels). Concernant la bonne utilisation du lave bassin et des couvercles sur les bassins souillés, respectivement 20,1% et 16,6% des unités de soins étaient en haut niveau de maîtrise. L'item « Fréquence d'utilisation des douchettes » était en haut niveau de maîtrise dans 44,6% des unités de soins.

Les résultats des entretiens avec les patients utilisant les toilettes de la chambre montraient qu'un haut niveau de maîtrise était constaté dans 13% des unités pour l'utilisation de l'abattant et 67% pour le lavage des mains des patients. Concernant les patients dépendants, n'utilisant pas les toilettes de la chambre, un haut niveau de maîtrise était constaté dans 13% des unités pour l'hygiène des mains proposée au patient.

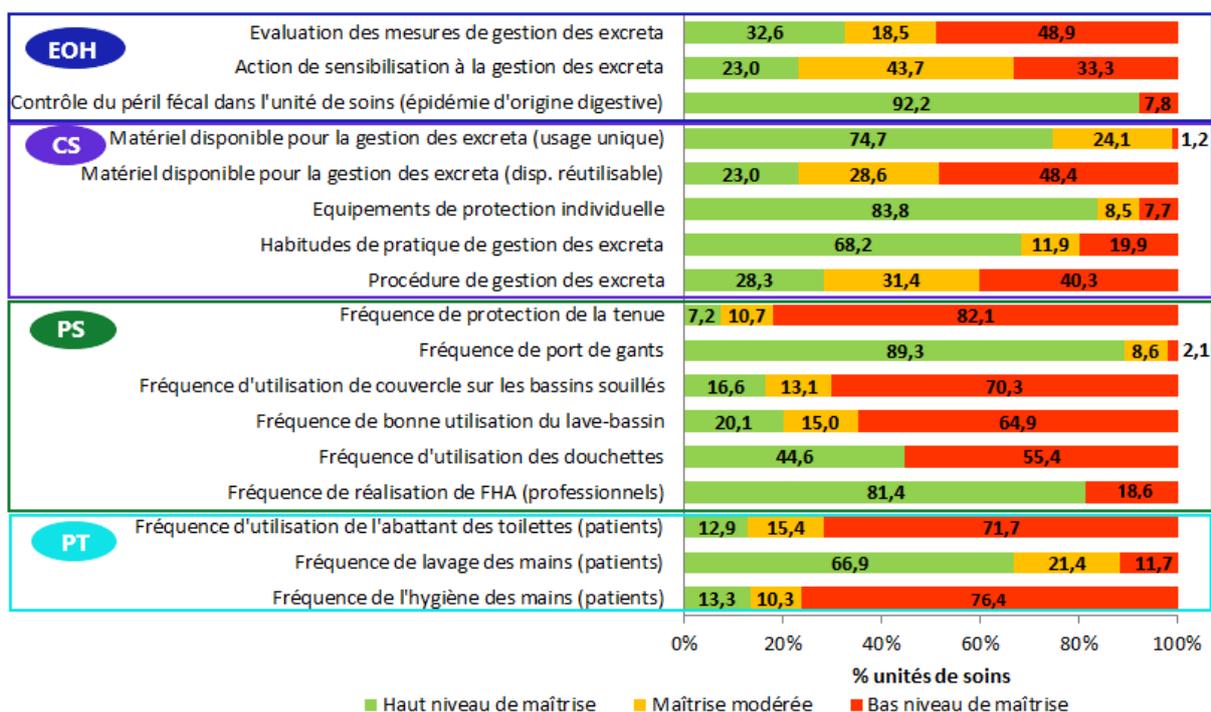


Figure 2 : Répartition des unités de soins selon le niveau de maîtrise pour chaque item d'intérêt

3 / Résultats détaillés par critère d'évaluation

Les résultats par type d'établissement sont présentés dans l'annexe 8.

RÉSULTATS DES FICHES UNITÉ – ÉQUIPE OPÉRATIONNELLE D'HYGIÈNE

➤ Evaluation des mesures de gestion des excreta

Tableau 2 : Evaluation des mesures de gestion des excreta dans les unités de soins

	Unités de soins n (%)
Evaluation sur les 3 dernières années (N=2 130)	1 151 (54,0)
Actions d'amélioration identifiées (N=1 151)	1 088 (94,5)
Actions mises en œuvre (N=1 088)	
Oui	695 (63,9)
En cours	372 (34,2)
Non	21 (1,9)

Sur les trois dernières années, 54% des unités de soins avaient conduit une évaluation de la gestion des *excreta* et parmi celles-ci 94,5% des unités de soins avaient identifié une ou des actions d'amélioration. Ces actions avaient été mises en œuvre dans 63,9% des unités de soins et étaient en cours dans 34,2% des unités de soins.

➤ **Actions de sensibilisation à la gestion des *excreta***

Tableau 3 : Actions de sensibilisation à la gestion des *excreta* dans les unités de soins

	Unités de soins n (%)
Actions de sensibilisation au péril fécal au cours de la dernière année (N=2 130)	1 421 (66,7)
Type d'action de sensibilisation* (N=1 421)	
Outil interne	1 198 (84,3)
Autre outil disponible	248 (17,5)
Outil de la boîte Péril fécal du REPIAS	230 (16,2)
Application SimSimple	47 (3,3)
Méthodes de formation utilisées* (N=1 421)	
Réunion d'information des équipes	727 (51,2)
Formation théorique	686 (48,3)
Formation pratique (simulation, autre...)	427 (30,0)
Affichage / Information écrite	342 (24,1)
E-learning de la boîte Péril fécal	63 (4,4)
Autre	84 (5,9)

*Plusieurs réponses possibles

Au cours de la dernière année, 66,7% des unités de soins avaient conduit des actions de sensibilisation au péril fécal avec un outil interne dans 84,3% des unités et avec les outils de la boîte Péril fécal du REPIAS dans 16,2% des unités. La réunion d'information des équipes (51,2%) et la formation théorique (48,3%) étaient les méthodes de formation les plus utilisées.

➤ **Contrôle du péril fécal dans l'unité de soins**

Tableau 4 : Contrôle du péril fécal dans les unités de soins (N=2 130)

Epidémie d'origine digestive (<i>Clostridioides difficile</i> , BHRé, EBLSE, GEA...) dans l'unité de soins	Unités de soins n (%)
Non	1 964 (92,2)
Oui	166 (7,8)

Au cours de l'année passée, 7,8% des unités de soins avaient identifié une épidémie d'origine digestive.

RÉSULTATS DES FICHES UNITÉ - CADRE DE SANTÉ

➤ **Matériel disponible pour la gestion des excreta**

Tableau 5 : Disponibilité du matériel pour la routine de la gestion des excreta dans les unités de soins (N=2 130)

	Unités de soins n (%)
Dispositif réutilisable (DR) (bassin, seau de chaise percée, ...)	2 017 (94,7)
Usage unique (UU) (sac avec gélifiant et/ou dispositifs en carton)	1 396 (65,5)
Lave-bassin (LB)	1 798 (84,4)

Plusieurs réponses possibles

Les dispositifs réutilisables étaient disponibles dans 94,7% des unités de soins et le lave-bassin dans 84,4% des unités de soins. L'usage unique était, quant à lui, disponible dans 65,5% des unités de soins.

Matériel disponible en routine pour la gestion des excreta : usage unique

Tableau 6 : Disponibilité de l'usage unique et alternative en cas d'indisponibilité (N=1 396)

	Unités de soins n (%)
Usage unique indisponible au cours du mois dernier	79 (5,7)
Alternative en cas d'indisponibilité :	
Dispositifs réutilisables entretenus en lave-bassin	1 079 (77,3)
Dispositifs réutilisables en lavage manuel	270 (19,3)
Autre	47 (3,4)

Parmi les 1 396 unités de soins utilisant des dispositifs à usage unique en routine, 5,7% déclaraient que ces dispositifs avaient été indisponibles au cours de mois dernier.

En cas d'indisponibilité, l'alternative la plus fréquente était les dispositifs réutilisables entretenus en lave-bassin (77,3%). Les dispositifs réutilisables entretenus en lavage manuel étaient l'alternative dans 19,3% des unités de soins.

Matériel disponible en routine pour la gestion des excreta : dispositif réutilisable

Tableau 7 : Disponibilité du lave-bassin et alternative en cas d'indisponibilité (N=1 777)

	Unités de soins n (%)
LB indisponible au cours des 6 derniers mois	750 (42,2)
Alternative en cas d'indisponibilité :	
Usage unique	744 (41,9)
DR en lavage manuel	519 (29,2)
Autre lave-bassin	514 (28,9)

Parmi les 1 777 unités de soins utilisant des dispositifs réutilisables et disposant d'un lave-bassin, 42,2% déclaraient que le lave-bassin avait été indisponible au cours des 6 derniers mois.

En cas d'indisponibilité, l'alternative la plus fréquente était les dispositifs à usage unique (41,9%). Les dispositifs réutilisables entretenus en lavage manuel étaient l'alternative dans 29,2% des unités de soins.

Tableau 8 : Mode d'entretien des dispositifs réutilisables dans les unités de soins ne disposant pas de lave-bassin (N=240)

Mode d'entretien des dispositifs réutilisables	Unités de soins n (%)
Lavage manuel	216 (90,0)
Autre :	24 (10,0)
Lave bassin autre service	13 (5,4)
Essuyage humide	4 (1,7)
Bassin jeté au départ du patient	4 (1,7)
Pas de réponse	3 (1,3)

Parmi les 240 unités de soins utilisant des dispositifs réutilisables mais ne disposant pas de lave-bassin, 90% déclaraient entretenir ces dispositifs en lavage manuel.

➤ **Equipements de protection individuelle**

Tableau 9 : Equipements de protection individuelle pour la gestion des excréta et disponibilité

	Unités de soins n (%)
Commande d'EPI pour la gestion des excréta (N= 2 130)	1 971 (92,5)
Type d'EPI (N=1 971)* :	
Gants	1 929 (97,9)
Tablier à usage unique	1 870 (94,9)
Surblouse imperméable (différent de surblouse intissée)	516 (26,2)
EPI indisponible au cours de la dernière semaine (N=2 130)	68 (3,5)

* Plusieurs réponses possibles

En ce qui concerne les équipements de protection individuelle pour la gestion des excréta, 92,5% des unités de soins en commandaient, en majorité des gants (97,9%) et des tabliers à usage unique (94,9%).

Seul 3,5% des unités de soins déclaraient avoir eu des EPI indisponibles au cours de la semaine précédant l'évaluation.

➤ **Habitudes de pratique de gestion des *excreta***

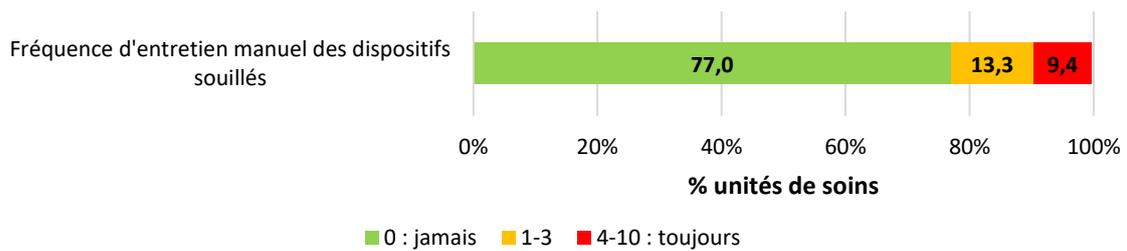


Figure 3 : Fréquence d'entretien manuel des dispositifs souillés au cours de la dernière semaine (N=1 760)

Parmi les 1 760 unités de soins qui disposaient d'un lave-bassin, au cours de la dernière semaine de travail, 1 356 (77,0%) équipes déclaraient ne pas avoir entretenu manuellement les dispositifs souillés et 168 (9,4%) répondaient les avoir régulièrement entretenus manuellement.

➤ **Procédure de gestion des *excreta***

Tableau 10 : Existence d'une procédure de gestion des *excreta* (N=2 130)

Existence d'une procédure de gestion des <i>excreta</i> dans l'unité de soins	Unités de soins n (%)
Non	425 (20,0)
Oui	1 705 (80,0)

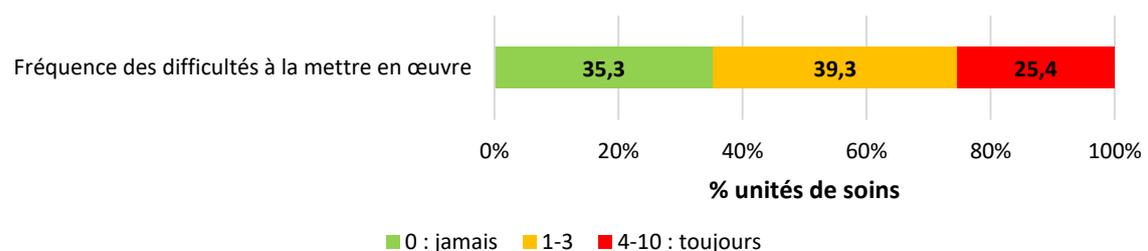


Figure 4 : Fréquence des difficultés à mettre en œuvre la procédure de gestion des *excreta* (N=1 705)

Il existait une procédure de gestion des *excreta* dans 80% des unités de soins, mais les unités déclaraient des difficultés à la mettre en œuvre pour 64,7% d'entre elles.

RÉSULTATS DES FICHES SUR LES HABITUDES DE PRATIQUE DES PROFESSIONNELS LORS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ÉVALUATION

➤ Caractéristiques des professionnels

Tableau 11 : Répartition des professionnels par fonction (N=17 213)

Fonction	n (%)
AS	8176 (47,5)
IDE	7259 (42,2)
Etudiant	903 (5,2)
ASH/ASHQ	354 (2,1)
Auxiliaire puéricultrice	166 (1,0)
Sage-femme	160 (0,9)
Rééducateur	37 (0,2)
Agent des services logistiques	33 (0,2)
Aide médico-psychologique	20 (0,1)
Manipulateur radio	17 (0,1)
Autre	88 (0,5)

Tableau 12 : Répartition des professionnels par poste (N=17 213)

Poste	n (%)
de jour	15 844 (92,1)
de nuit	1 369 (8,0)

Tableau 13 : Formation dédiée à la gestion des excréta dans les 5 dernières années (N=17 213)

Formation dédiée à la gestion des excréta	n (%)
Non	13 270 (77,1)
Oui	3 943 (22,9)

Les professionnels ayant participé à l'audit étaient majoritairement des paramédicaux, AS (47,5%) et des IDE (42,2%), postés de jour (92,1%). Seulement 22,9% des professionnels avaient reçu une formation dédiée à la gestion des excréta dans le service ou au sein de l'établissement dans les 5 dernières années.

➤ **Fréquence de protection de la tenue et du port de gants**

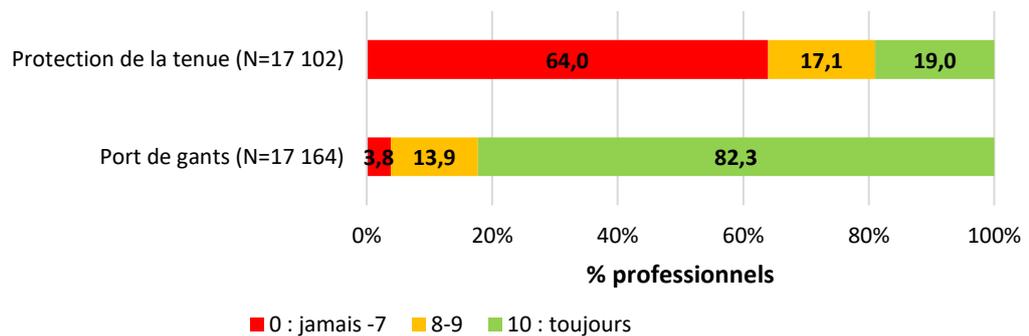


Figure 5 : Fréquence de protection de la tenue et du port de gants

Parmi les 17 164 professionnels disposant de gants, 82,3% (n=14 121) déclaraient en porter toujours pour manipuler un dispositif souillé. Quant à la protection de la tenue, parmi les 17 102 professionnels disposant de tablier en plastique ou surblouse en plastique à usage unique, seulement 19% (n=3 242) des professionnels déclaraient qu'ils portaient toujours une protection.

➤ **Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés et de bonne utilisation du lave-bassin**

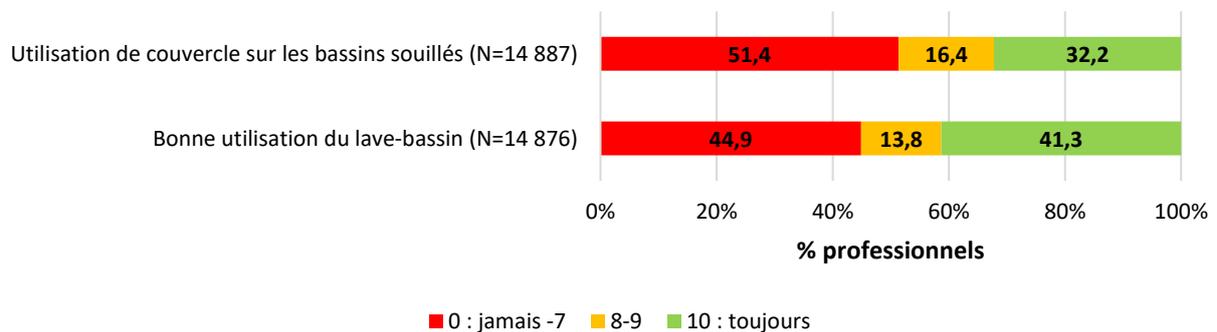


Figure 6 : Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés et de bonne utilisation du lave-bassin

Pour le transport des bassins ou des seaux souillés, seulement 32,2% (n=4 797) des professionnels déclaraient utiliser un couvercle ou une protection.

Quant à l'utilisation du lave-bassin, 41,3% (n=6 145) des professionnels déclaraient mettre systématiquement les bassins pleins dans le lave-bassin pour les nettoyer.

➤ **Fréquence d'utilisation des douchettes**

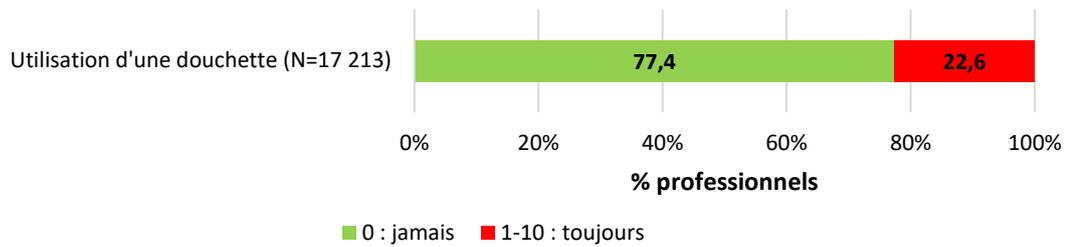


Figure 7 : Fréquence d'utilisation des douchettes (N=17 213)

Les professionnels déclaraient à 77,4% (n=13 328) ne jamais utiliser les douchettes lors de la gestion des *excreta*.

➤ **Fréquence de l'hygiène des mains**

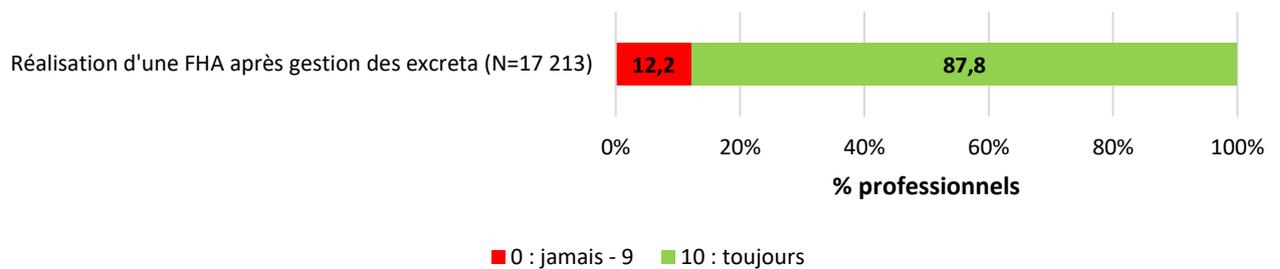


Figure 8 : Fréquence de l'hygiène des mains des professionnels (N=17 213)

Après avoir géré des *excreta*, 87,8% (n=15 106) des professionnels réalisaient toujours une friction avec une solution hydro-alcoolique.

➤ **Freins rencontrés par les professionnels**

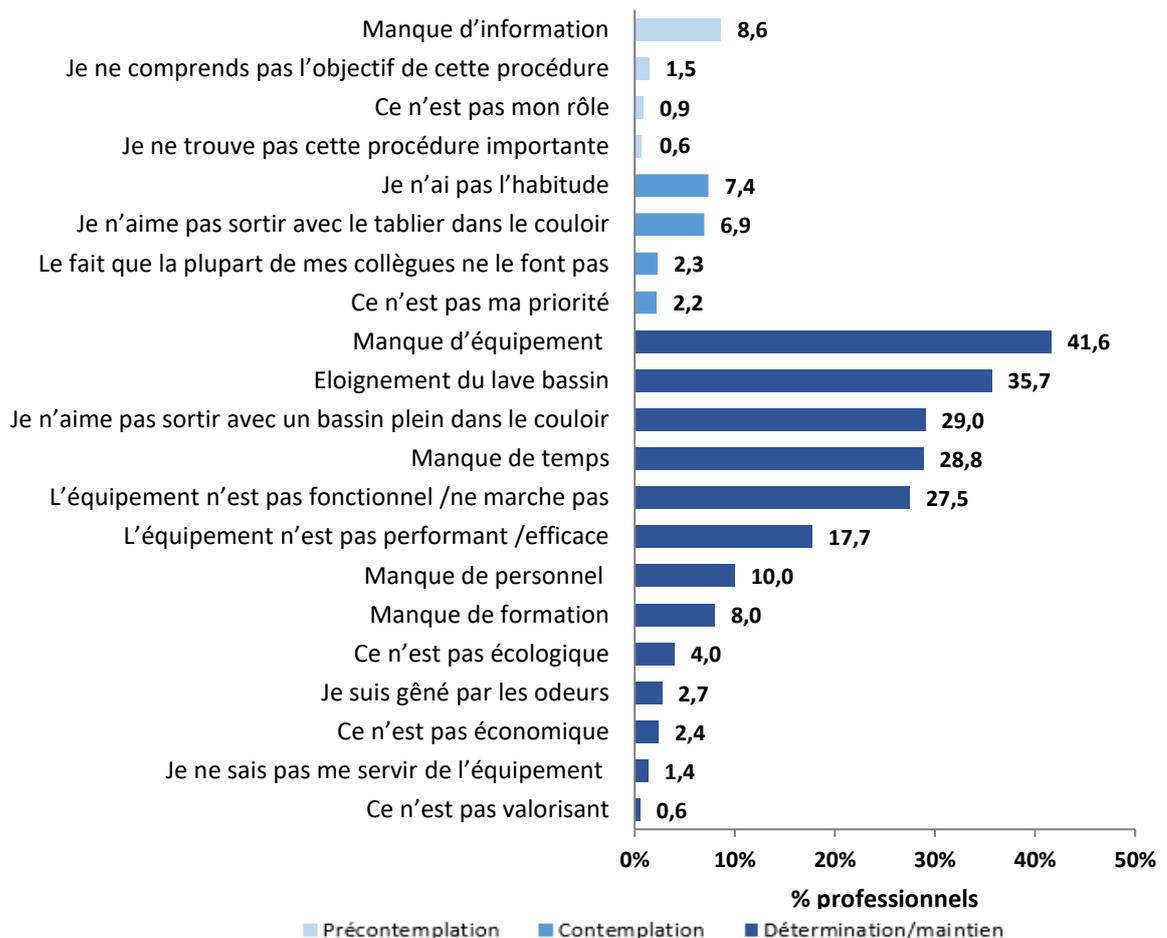


Figure 9 : Freins rencontrés par stade de motivation (N=15 619)

Les freins recensés pour les pratiques de gestion des *excreta* ont été classés selon les stades qui précèdent l'adoption définitive d'une conduite favorable :

1. le stade de la "précontemplation", dans lequel la personne n'a pas perçu les problèmes et n'a donc projeté aucune modification,
2. le stade de la "contemplation", dans lequel l'individu projette de modifier sa conduite,
3. le stade de "détermination", qui voit l'individu manifester la conduite
4. et enfin le stade de "maintien", durant lequel l'individu s'emploie à maintenir la conduite acquise.

La majorité des professionnels se situaient dans un stade de détermination/maintien avec comme frein un manque d'équipement (41,6%), un équipement non fonctionnel (27,5%) ou un équipement non performant (17,7%). L'éloignement du lave-bassin était cité par 35,7% des professionnels et le manque de temps par 28,8% des professionnels.

Dans le stade de précontemplation, le manque d'information était cité par 8,6% des professionnels.

Dans le stade de contemplation, 7,4% des professionnels citaient comme frein le manque d'habitude.

RÉSULTATS DES FICHES PATIENT

Parmi les 9 360 patients audités, 75% (n=7 020) utilisaient les toilettes de la chambre.

➤ **Fréquence d'utilisation de l'abattant des toilettes chez les patients utilisant les toilettes de la chambre**

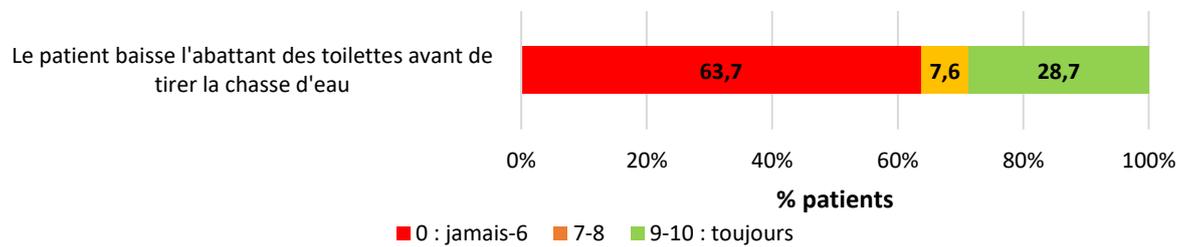


Figure 10 : Fréquence à laquelle le patient baisse l'abattant des toilettes avant de tirer la chasse d'eau (N=4 812)

Parmi les 7 020 patients utilisant les toilettes de la chambre, 28,9% (n=2 028) ne disposaient pas d'abattant.

Parmi les 4 812 patients qui disposaient d'un abattant, 28,7% (n=1 382) déclaraient baisser quasiment toujours l'abattant des toilettes avant de tirer la chasse d'eau.

➤ **Fréquence de lavage des mains chez les patients utilisant les toilettes de la chambre**

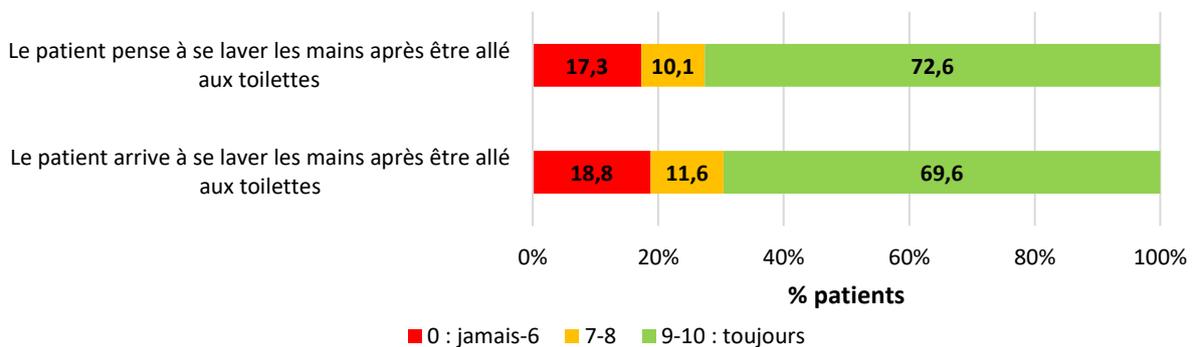


Figure 11 : Fréquence de lavage des mains des patients (N=7 020)

Concernant la fréquence de lavage des mains, 69,6% (n=4 889) des patients arrivaient quasiment toujours à se laver les mains.

➤ **Fréquence de l'hygiène des mains chez les patients n'utilisant pas les toilettes de la chambre**

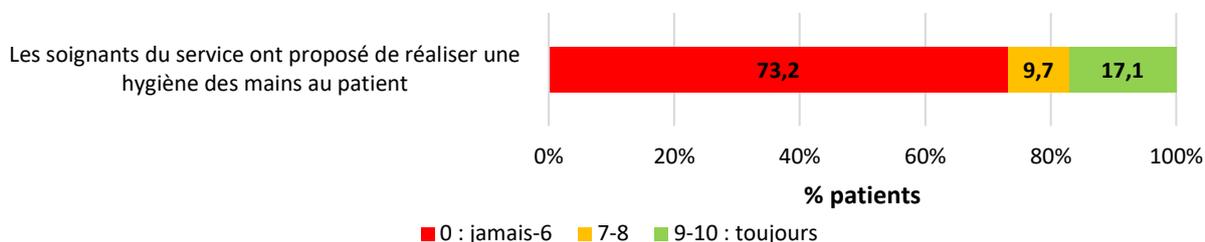


Figure 12 : Fréquence à laquelle les soignants ont proposé de réaliser une hygiène des mains au patient (N=2 340)

Parmi les 2 340 patients n'utilisant pas les toilettes de la chambre, les soignants du service leur proposaient quasiment toujours une hygiène des mains après avoir été sur le bassin/chaise garde-robe dans seulement 17,1% (n=400) des cas.

4/ Facteurs influençant les pratiques professionnelles de gestion des excréta

➤ **Association entre les pratiques professionnelles et le niveau de maîtrise des actions de sensibilisation et de l'évaluation**

Tableau 14 : Association du port d'un tablier et du niveau de maîtrise des actions de sensibilisation à la gestion des excréta

Fréquence de port d'un tablier en plastique ou surblouse en plastique à usage unique pour manipuler un dispositif souillé	Action de sensibilisation à la gestion des excréta n (%)			Total (N=17 102)
	Haut niveau (N=4 393)	Niveau modéré (N=7 056)	Bas niveau (N=5 653)	
0-7	2 734 (62,2)	4 425 (62,7)	3 779 (66,8)	10 938 (64,0)
8-9	773 (17,6)	1 214 (17,2)	935 (16,5)	2 922 (17,1)
10	886 (20,2)	1 417 (20,1)	939 (16,6)	3 242 (19,0)

0 : jamais – 10 : toujours

La fréquence du port d'un tablier est liée au niveau de maîtrise des actions de sensibilisation à la gestion des excréta : parmi les professionnels des unités de soins en haut niveau de maîtrise, 20% portaient toujours un tablier contre 16,6% des professionnels d'unités de soins en bas niveau de maîtrise (p<0,0001).

Tableau 15 : Association entre la fréquence de bonne utilisation du lave bassin et le niveau de maîtrise de l'évaluation des mesures de gestion des excréta

Fréquence de bonne utilisation du lave bassin	Evaluation des mesures de gestion des excréta n (%)			
	Haut niveau (N=5 401)	Niveau modéré (N=2 775)	Bas niveau (N=6 700)	Total (N=14 876)
0-7	2 175 (40,3)	1 340 (48,3)	3 168 (47,3)	6 683 (44,9)
8-9	795 (14,7)	382 (13,8)	871 (13,0)	2 048 (13,8)
10	2 431 (45,0)	1 053 (37,9)	2 661 (39,7)	6 145 (41,3)

0 : jamais – 10 : toujours

La fréquence de bonne utilisation du lave-bassin est liée au niveau de maîtrise de l'évaluation des mesures de gestion des excréta : parmi les professionnels des unités de soins en haut niveau de maîtrise, 45% mettaient toujours les bassins pleins dans le lave-bassin contre 39,7% des professionnels d'unités de soins en bas niveau de maîtrise ($p < 0,0001$).

Tableau 16 : Association entre la fréquence de bonne utilisation du lave bassin et le niveau de maîtrise des actions de sensibilisation à la gestion des excréta

Fréquence de bonne utilisation du lave bassin	Action de sensibilisation à la gestion des excréta n (%)			
	Haut niveau (N=3 935)	Niveau modéré (N=6 003)	Bas niveau (N=4 938)	Total (N=14 876)
0-7	1 594 (40,5)	2 791 (46,5)	2 298 (46,5)	6 683 (44,9)
8-9	568 (14,4)	799 (13,3)	681 (13,8)	2 048 (13,8)
10	1 773 (45,1)	2 413 (40,2)	1 959 (39,7)	6 145 (41,3)

0 : jamais – 10 : toujours

La fréquence de bonne utilisation du lave-bassin est liée au niveau de maîtrise des actions de sensibilisation à la gestion des excréta : parmi les professionnels des unités de soins en haut niveau de maîtrise, 45,1% mettaient toujours les bassins pleins dans le lave-bassin contre 39,7% des professionnels d'unités de soins en bas niveau de maîtrise ($p < 0,0001$).

Tableau 17 : Association entre la fréquence d'utilisation d'une douchette et le niveau de maîtrise de l'évaluation des mesures de gestion des excréta

Fréquence d'utilisation d'une douchette pour nettoyer les bassins/seaux	Evaluation des mesures de gestion des excréta n (%)			
	Haut niveau (N=6 001)	Niveau modéré (N=3 115)	Bas niveau (N=8 097)	Total (N=17 213)
0	4 855 (80,9)	2 245 (72,1)	6 228 (76,9)	13 328 (77,4)
1-10	1 146 (19,1)	870 (27,9)	1 869 (23,1)	3 885 (22,6)

0 : jamais – 10 : toujours

La fréquence d'utilisation d'une douchette est liée au niveau de maîtrise d'évaluation des mesures de gestion des *excreta* : parmi les professionnels des unités de soins en haut niveau de maîtrise, 80,9% n'utilisaient jamais de douchette pour nettoyer les bassins contre 76,9% des professionnels d'unités de soins en bas niveau de maîtrise ($p < 0,0001$).

Tableau 18 : Association entre la fréquence d'utilisation d'une douchette et le niveau de maîtrise des actions de sensibilisation à la gestion des *excreta*

Fréquence d'utilisation d'une douchette pour nettoyer les bassins/seaux	Action de sensibilisation à la gestion des <i>excreta</i> n (%)			
	Haut niveau (N=4 416)	Niveau modéré (N=7 111)	Bas niveau (N=5 686)	Total (N=17 213)
0	3 570 (80,8)	5 731 (80,6)	4 027 (70,8)	13 328 (77,4)
1-10	846 (19,2)	1 380 (19,4)	1 659 (29,2)	3 885 (22,6)

0 : jamais – 10 : toujours

La fréquence d'utilisation d'une douchette est liée au niveau de maîtrise des actions de sensibilisation à la gestion des *excreta* : parmi les professionnels des unités de soins en haut niveau de maîtrise, 80,8% n'utilisaient jamais de douchette pour nettoyer les bassins contre 70,8% des professionnels d'unités de soins en bas niveau de maîtrise ($p < 0,0001$).

➤ **Association entre les pratiques professionnelles et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des *excreta***

Tableau 19 : Association entre la fréquence de port d'un tablier et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des *excreta*

Fréquence de port d'un tablier en plastique ou surblouse en plastique à usage unique pour manipuler un dispositif souillé	Procédure de gestion des <i>excreta</i> n (%)			
	Haut niveau (N=4 744)	Niveau modéré (N=5 832)	Bas niveau (N=6 976)	Total (N=17 102)
0-7	2894 (61,0)	3378 (62,8)	4666 (66,9)	10938 (64,0)
8-9	853 (18,0)	955 (17,7)	1114 (16,0)	2922 (17,1)
10	997 (21,0)	1049 (19,5)	1196 (17,1)	3242 (19,0)

0 : jamais – 10 : toujours

La fréquence de port d'un tablier est liée au niveau de maîtrise de la procédure de gestion des *excreta* : parmi les professionnels des unités de soins en haut niveau de maîtrise, 21% portaient toujours un tablier pour manipuler un dispositif souillé contre 17,1% des professionnels des unités de soins en bas niveau de maîtrise ($p < 0,0001$).

Tableau 20 : Association entre la fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des excreta

Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés	Procédure de gestion des excreta n (%)			
	Haut niveau (N=4 276)	Niveau modéré (N=4 922)	Bas niveau (N=6 200)	Total (N=15 398)
0-7	2 165 (50,6)	2 423 (49,2)	3 277 (52,9)	7 865 (51,1)
8-9	672 (15,7)	823 (16,7)	999 (16,1)	2 494 (16,2)
10	1 439 (33,7)	1 676 (34,1)	1 924 (31,0)	5 039 (32,7)

0 : jamais – 10 : toujours

La fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés déclarée et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des excreta sont liés : parmi les professionnels des unités de soins en haut niveau de maîtrise, 33,7% utilisaient toujours un couvercle pour transporter les bassins souillés contre 31% des professionnels des unités de soins en bas niveau de maîtrise (p=0,001).

Tableau 21 : Association entre la fréquence de bonne utilisation du lave-bassin et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des excreta

Fréquence de bonne utilisation du lave bassin	Procédure de gestion des excreta n (%)			
	Haut niveau (N=4 178)	Niveau modéré (N=4 734)	Bas niveau (N=5 964)	Total (N=14 876)
0-7	1779 (42,6)	1940 (41,0)	2964 (49,7)	6683 (44,9)
8-9	522 (12,5)	710 (15,0)	816 (13,7)	2048 (13,8)
10	1877 (44,9)	2084 (44,0)	2184 (36,6)	6145 (41,3)

0 : jamais – 10 : toujours

La fréquence de bonne utilisation du lave-bassin est également liée au niveau de maîtrise de la procédure de gestion des excreta : parmi les professionnels des unités de soins en haut niveau de maîtrise, 44,9% mettaient toujours les bassins pleins dans le lave-bassin contre 36,6% des professionnels des unités de soins en bas niveau de maîtrise (p<0,0001).

Tableau 22 : Association entre la fréquence d'utilisation d'une douchette et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des excreta

Fréquence d'utilisation d'une douchette pour nettoyer les bassins/seaux	Procédure de gestion des excreta n (%)			
	Haut niveau (N=4 771)	Niveau modéré (N=5 405)	Bas niveau (N=7 037)	Total (N=17 213)
0	4027 (84,4)	4 143 (76,7)	5 158 (73,3)	13 328 (77,4)
1-10	744 (15,6)	1 262 (23,3)	1 879 (26,7)	3 885 (22,6)

0 : jamais – 10 : toujours

De même, la fréquence d'utilisation d'une douchette et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des excreta sont liés : parmi les professionnels des unités de soins en haut niveau de maîtrise,

84,4% n'utilisaient jamais de douchette contre 73,3% des professionnels des unités de soins en bas niveau de maîtrise (p<0,0001).

Tableau 23 : Association entre la fréquence de réalisation d'une friction après avoir géré des excréta et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des excréta

Fréquence de réalisation d'une friction avec une solution hydro-alcoolique après avoir géré des <i>excreta</i>	Procédure de gestion des <i>excreta</i> n (%)			
	Haut niveau (N=4 771)	Niveau modéré (N=5 405)	Bas niveau (N=7 037)	Total (N=17 213)
0-9	495 (10,4)	684 (12,7)	928 (13,2)	2 107 (12,2)
10	4 276 (89,6)	4 721 (87,3)	6 109 (86,8)	15 106 (87,8)

La fréquence de réalisation d'une friction et le niveau de maîtrise de la procédure de gestion des *excreta* sont également liés : parmi les professionnels des unités de soins en haut niveau de maîtrise, 89,6% réalisaient toujours une friction après géré les *excreta* contre 86,8% des professionnels des unités de soins en bas niveau de maîtrise (p<0,0001).

5 / Enquête d'impact

Objectif

Les objectifs étaient d'identifier les actions mises en place par les établissements de santé suite à l'audit Eva-Gex en respectant un délai de plusieurs mois, et d'évaluer l'intérêt de l'outil proposé.

Méthode

Une enquête d'impact a été proposée entre le 1^{er} juin et le 15 septembre 2023 aux 464 établissements ayant participé à l'audit Eva-GEx qui a eu lieu du 1^{er} novembre 2022 au 23 mars 2023.

Un questionnaire en ligne (Annexe 6) était à remplir par les référents de l'audit.

Résultats

1/ Description des établissements participants

Au total, 112 établissements sur les 464 ayant participé à l'audit ont répondu à l'enquête d'impact, soit un peu moins d'un quart des participants.

La majorité des établissements sont des centres hospitaliers et des cliniques MCO, représentant 75 % de l'ensemble (Figure 13). Ces deux catégories d'établissements représentaient 68 % des établissements ayant réalisé l'évaluation.

Dans cette enquête, les SSR et les CHU/CHR sont un peu moins représentés que dans l'audit : 20 % versus 22 % pour les SSR, 2% versus 5% pour les CHU/CHR.

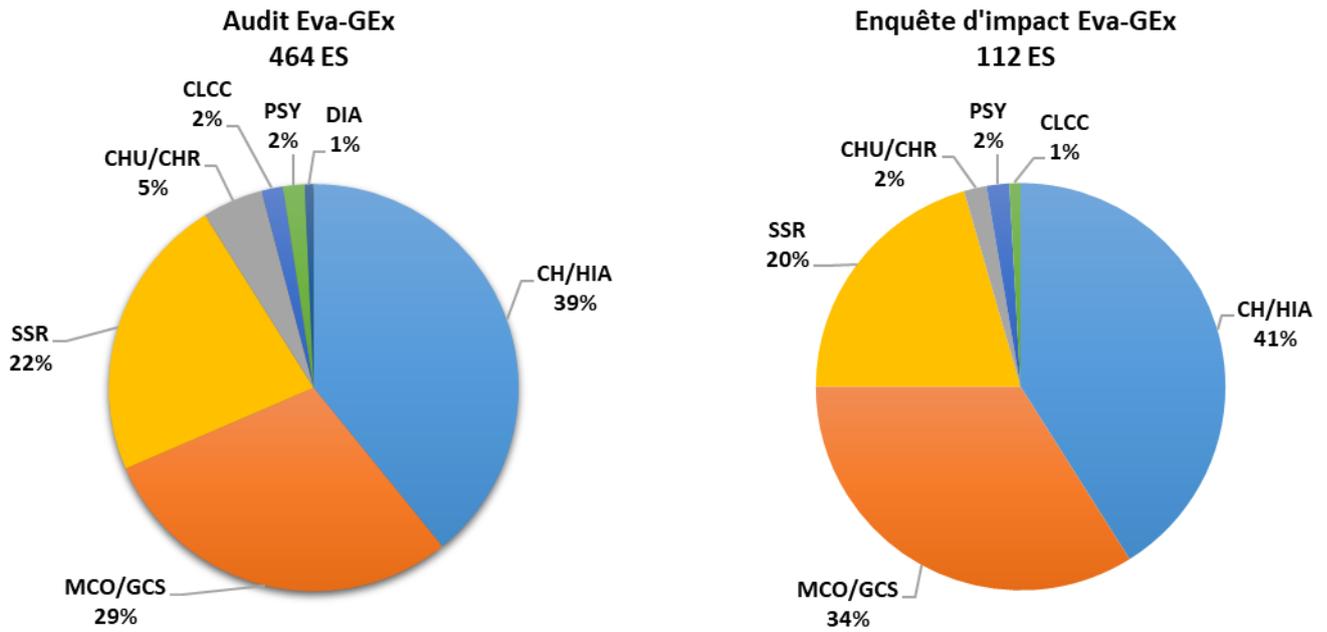


Figure 13 : Répartition par type d'établissement des ES participant à l'évaluation et à l'enquête d'impact

Tableau 24 : Répartition régionale des établissements participant à l'enquête d'impact

Région	n (%)
Grand Est	14 (12,5)
Hauts de France	14 (12,5)
Bourgogne-Franche Comté	13 (11,6)
Auvergne Rhône-Alpes	11 (9,8)
Centre Val de Loire	10 (8,9)
Occitanie	9 (8,0)
Nouvelle-Aquitaine	9 (8,0)
Provence Alpes Côte d'Azur	8 (7,1)
Normandie	7 (6,3)
Bretagne	7 (6,3)
Ile de France	5 (4,5)
La Réunion	2 (1,8)
Martinique	1 (0,9)
Guadeloupe	1 (0,9)
Pays de la Loire	1 (0,9)
Total	112 (100)

L'ensemble des résultats de l'enquête d'impact sont disponibles en annexe 9.

2/ Actions décidées par les établissements participants

➤ **Mise en place des actions d'amélioration au niveau de l'établissement**

Les actions d'amélioration les plus avancées concernaient :

- **Les équipements de protection individuelle** : action terminée dans 34 ES sur 48 (70,8 %) (Figure 14).
- **Le port de gants** : action terminée dans 34 ES sur 55 (61,8 %).
- **La procédure de gestion des *excreta*** : action terminée dans 45 ES sur 88 (51,1%).
- **Le matériel à usage unique disponible pour la gestion des *excreta*** : action terminée dans 32 ES sur 67 (47,8%)
- **La réalisation de la FHA chez les professionnels** : action terminée dans 28 ES sur 63 (44,4%)
- **L'utilisation de la douchette** : action terminée dans 34 ES sur 81 (42,0%)
- **Le matériel réutilisable disponible pour la gestion des *excreta*** : action terminée dans 36 ES sur 89 (40,4%)
- **Les habitudes de pratique de gestion des *excreta*** : action terminée dans 29 ES sur 82 (35,4%)

D'autres actions étaient en cours de réalisation au moment de l'enquête, elles concernaient :

- **La protection de la tenue** : en cours dans 68 ES sur 101 (67,3 %)
- **L'utilisation de couvercle sur les bassins souillés** : en cours dans 56 ES sur 102 (54,9%)
- **L'évaluation des mesures de gestion des *excreta*** : en cours dans 54 ES sur 103 (52,4%)
- **Les freins rencontrés** : en cours dans 56 ES sur 108 (51,8%)
- **Les actions de sensibilisation à la gestion des *excreta*** : en cours dans 51 ES sur 105 (48,6%)
- **Le contrôle du péril fécal dans les unités de soins** : en cours dans 39 ES sur 86 (45,3%)
- **L'information du patient sur le risque de contamination par des germes fécaux** : en cours dans 50 ES sur 111 (45,1%)
- **L'utilisation du lave-bassin** : en cours dans 36 ES sur 88 (40,9%)

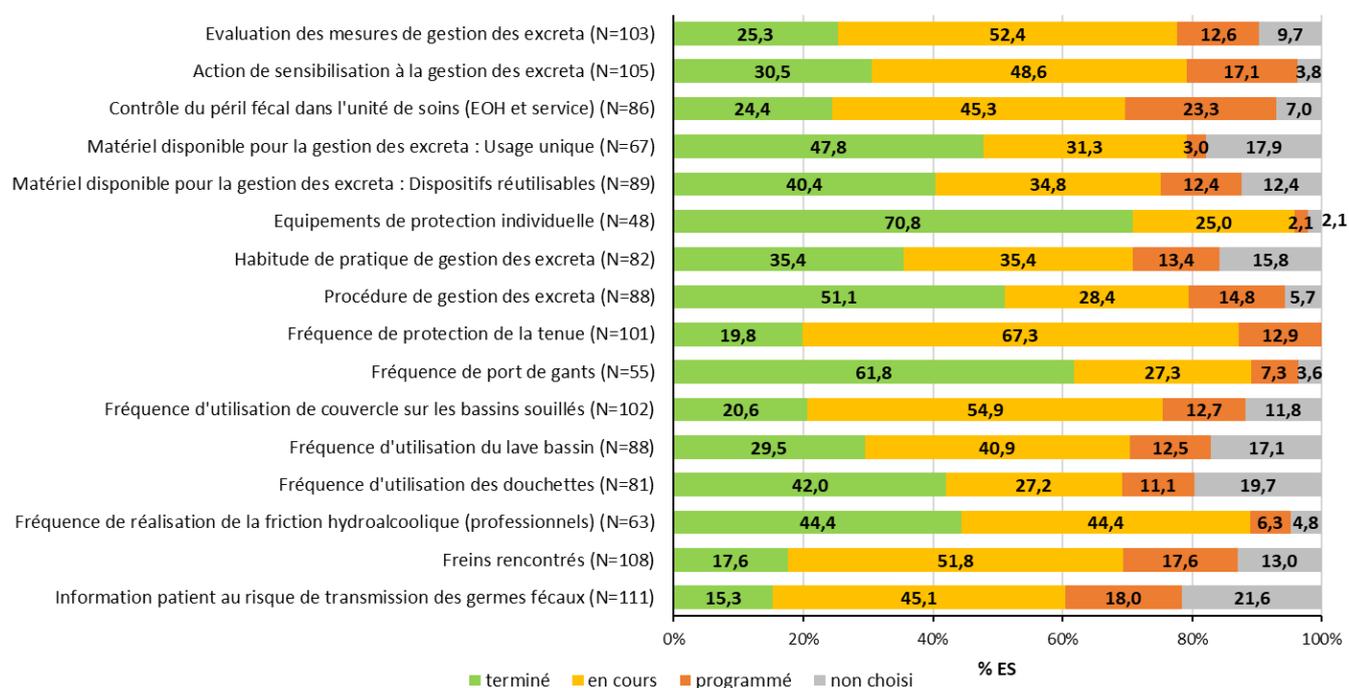


Figure 14 : Etat d'avancement des actions d'amélioration des établissements participant à l'enquête d'impact

➤ Freins à la mise en place des actions non choisies

Concernant les actions non choisies, les justifications étaient les suivantes :

- **Manque de temps :**
 - dans 4 ES sur 6 (66,7%) concernant l'action sur le contrôle du péril fécal
 - dans 6 ES sur 10 (60,0%) concernant l'action sur l'évaluation des mesures de gestion des excréta
 - dans 2 ES sur 5 (40,0%) concernant l'action sur la procédure de gestion des excréta
 - dans 5 ES sur 14 (35,7%) concernant l'action sur les freins rencontrés

- **Contrainte économique :**
 - dans 6 ES sur 13 (46,2%) concernant l'action sur les habitudes de pratique de gestion des excréta
 - dans 5 ES sur 12 (41,7%) concernant l'action sur le matériel à usage unique disponible pour la gestion des excréta
 - dans 2 ES sur 11 (18,2%) concernant l'action sur le matériel réutilisable disponible pour la gestion des excréta
 - dans 2 ES sur 12 (16,7%) concernant l'action sur l'utilisation de couvercle sur les bassins souillés

- **Résistance au changement :**
 - dans 2 ES sur 12 (16,7%) concernant l'action sur l'utilisation de couvercle sur les bassins souillés
- **Manque de disponibilité des équipes :**
 - dans 9 ES sur 24 (37,5%) concernant l'action sur l'information patient au risque de transmission des germes fécaux
- **Non concernés (pas de raison de choisir l'action) :**
 - dans 10 ES sur 15 (66,7%) concernant l'action sur l'utilisation du lave bassin
 - dans 7 ES sur 16 (43,8%) concernant l'action sur l'utilisation des douchettes

➤ **Difficultés à la mise en place des actions choisies**

Concernant les actions choisies, les difficultés rencontrées à la mise en place étaient les suivantes :

- **Manque de disponibilité des équipes :**
 - dans 44 ES sur 101 (43,6%) concernant l'action de sensibilisation à la gestion des *excreta*
 - dans 28 ES sur 80 (35,0%) concernant l'action sur le contrôle du péril fécal
 - dans 28 ES sur 93 (30,1%) concernant l'action sur l'évaluation des mesures de gestion des *excreta*
- **Contrainte économique :**
 - dans 21 ES sur 55 (38,2%) concernant l'action sur le matériel à usage unique disponible pour la gestion des *excreta*
 - dans 21 ES sur 78 (26,9%) concernant l'action sur le matériel réutilisable disponible pour la gestion des *excreta*
- **Résistance au changement :**
 - dans 23 ES sur 69 (33,3%) concernant l'action sur les habitudes de pratique de gestion des *excreta*
 - dans 33 ES sur 101 (32,7%) concernant l'action sur la fréquence de protection de la tenue
 - dans 20 ES sur 65 (30,8%) concernant l'action sur la fréquence d'utilisation des douchettes
 - dans 14 ES sur 47 (29,8%) concernant l'action sur les équipements de protection individuelle
 - dans 18 ES sur 73 (24,7%) concernant l'action sur la fréquence d'utilisation du lave-bassin
 - dans 11 ES sur 53 (20,8%) concernant l'action sur la fréquence du port de gants

- **Manque d'habitude :**
 - dans 30 ES sur 90 (33,3%) concernant l'action sur la fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés

- **Manque de temps :**
 - dans 24 ES sur 94 (25,5%) concernant l'action sur les freins rencontrés
 - dans 21 ES sur 87 (24,1%) concernant l'action sur l'information patient au risque de transmission des germes fécaux
 - dans 11 ES sur 60 (18,3%) concernant l'action sur la fréquence de réalisation de la FHA chez les professionnels
 - dans 15 ES sur 83 (18,1%) concernant l'action sur la procédure de gestion des *excreta*

3/ Impact de l'évaluation : satisfaction et amélioration des pratiques

Suite à la réalisation de l'audit Eva-GEx, 62,4% des établissements avaient le sentiment qu'Eva-GEx avait été contributif ou très contributif dans l'établissement.

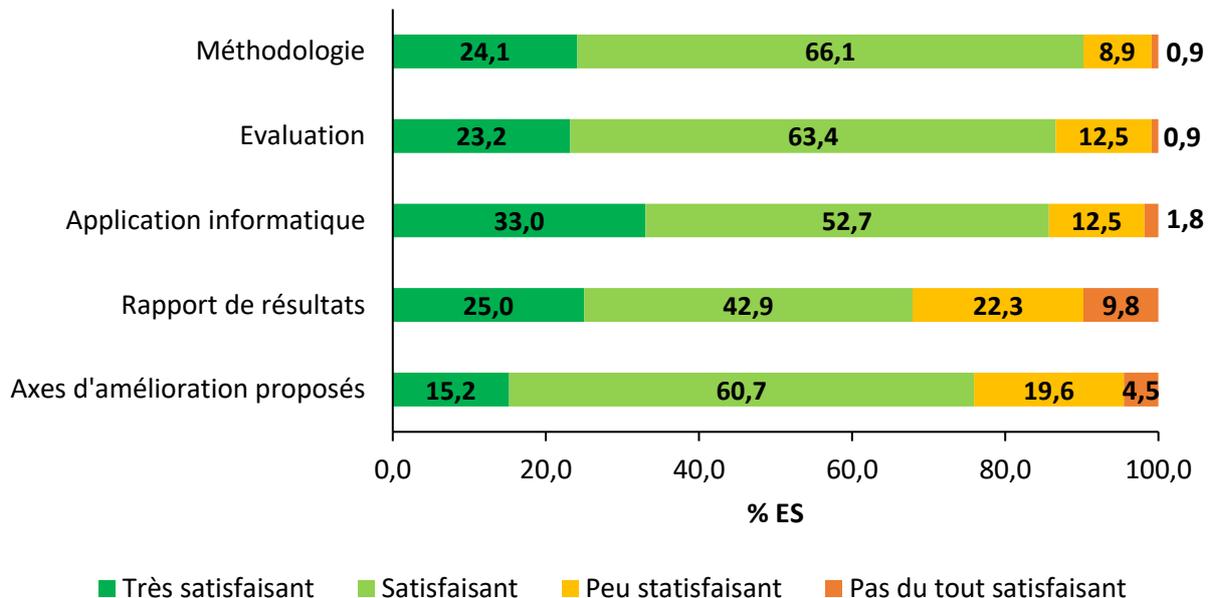


Figure 15 : Niveau de satisfaction des établissements (N = 112) participant à l'enquête d'impact vis-à-vis des différents éléments de l'évaluation Eva-GEx

Entre 67,9% et 90,2% des ES étaient satisfaits ou très satisfaits des différents éléments de l'audit Eva-GEx (Figure 15).

La méthodologie, l'évaluation et l'application informatique étaient les points de satisfaction les plus hauts, avec respectivement 90,2 %, 86,6% et 85,7% des ES satisfaits ou très satisfaits.

En ce qui concerne le rapport de résultats, 67,9% des ES étaient satisfaits ou très satisfaits.

Pour 75,9% des ES, les axes d'amélioration proposés étaient satisfaisants ou très satisfaisants.

Plus de trois quarts des ES (88/112) déclaraient penser effectuer une nouvelle évaluation Eva-GEx à distance.

V / Discussion

Les *excreta* constituent une source de dissémination de bactéries d'origine digestive, pouvant être multi résistantes et hautement résistantes par contact et projections dans l'environnement. Cela est notamment vrai au cours des soins, lors de la gestion des *excreta*. En effet, en cours d'hospitalisation, les patients sont plus susceptibles d'excréter des bactéries résistantes, du fait des traitements donnés, comme les antibiotiques, mais aussi de tous gestes invasifs sur le tractus digestif et de la dysbiose qui en résulte. Cela les rend aussi plus susceptibles de se coloniser lors des soins. Il est maintenant bien établi que la maîtrise de l'antibiorésistance doit impérativement associer les actions de prévention et contrôle de la transmission croisée à celle de la diminution de la pression de sélection par les antibiotiques. Les recommandations nationales visant à limiter la diffusion des EBLSE (1) et celle des EPC préconisent de prendre impérativement en compte la gestion des *excreta*, souvent négligée par les établissements de soins (2) (3).

L'audit Eva-GEx a permis l'évaluation d'items clés de la maîtrise du péril fécal au cours de la gestion des *excreta* dans les établissements de santé, rapportant les données de 464 ES concernant 2 130 unités de soins, 17 213 professionnels et 9 360 patients. Il faut noter qu'Eva-GEx a été conduite dans une période au cours de laquelle la Covid-19 a été moins pénalisante pour la réalisation d'une évaluation, ce qui n'avait pas été le cas pour la précédente évaluation que SPARES a proposée, Eva-BHRe. Cette période d'évaluation du 1^{er} novembre 2022 au 23 mars 2023 a donc été propice à une forte participation à l'audit Eva-GEx en permettant d'interroger de très nombreux professionnels mais aussi et c'est une 1^{ère} pour la mission SPARES de recueillir des informations auprès des patients. La contribution d'ES de toutes les régions et de différents types permet d'avoir un état des lieux national de la prise en charge des *excreta*. A noter que huit régions sur 17 ont un taux de participation supérieur à 15% de leurs établissements. Les établissements avaient en médiane trois services participants, sept professionnels et quatre patients.

L'évaluation d'Eva-Gex a été pensée de façon similaire à l'évaluation Eva-BHRe comme un quick-audit, pour faciliter la mise en place. De plus, pour permettre un accès optimal nous avons proposé une application en ligne permettant de répondre à des questionnaires simples et rapides à renseigner. Les services étaient également stimulés par l'accès à des propositions d'axe d'amélioration pratique à mettre en œuvre à court et moyen terme, contribuant à l'amélioration de la qualité des soins et s'intégrant dans la démarche qualité de l'ES.

Il faut rappeler que près de 166 unités de soins soit 8% des unités ayant participé à cet audit ont rapporté au cours de l'année passée une épidémie d'origine digestive. Ce qui souligne l'importance d'améliorer les pratiques de gestion des *excreta* sur le terrain.

Les sciences de l'implémentation soulignent la nécessité d'identifier, afin de les surmonter, les obstacles, ou freins, aux changements de pratiques quotidiennes des professionnels de la santé. C'est dans cet objectif que nous avons recensé et classé selon les stades d'adoption d'une conduite favorable les freins déclarés par les professionnels pour les pratiques de gestion des *excreta*. Ainsi nous avons identifié que la majorité des professionnels se situaient dans un stade de détermination/maintien,

c'est-à-dire que les risques liés au péril fécal sont identifiés, les conduites sont connues, mais le maintien des pratiques est difficile. Pour aider ces équipes qui sont en définitive volontaires, l'analyse des freins les plus fréquemment identifiés permet de choisir des actions ciblées sur les causes profondes identifiées (exemple : organisation, moyens, produits...). Dans notre évaluation, les freins déclarés majoritairement sont le manque d'équipement (41,6%), un équipement non fonctionnel (27,5%) ou un équipement non performant (17,7%). L'éloignement du lave-bassin était cité par 35,7% des professionnels et le manque de temps par 28,8% des professionnels. Donc, les freins les plus souvent évoqués sont relatifs à des insuffisances matérielles, à des problèmes organisationnels, ou à des ressentis individuels. Des actions correctrices peuvent facilement s'envisager : revoir la politique d'achat (en cas de manque d'équipement ou équipement non performant), organiser la maintenance (équipement non fonctionnel). Pour les freins organisationnels, les difficultés peuvent être plus difficiles à surmonter : manque de personnel (politique de ressources humaines), éloignement du lave-bassin (architecture du service). Cependant, il peut aussi facilement être envisagé l'utilisation de dispositifs à usage unique qui semblent être mieux maîtrisés par les unités de soins dans notre enquête et qui peuvent régler des problèmes de disponibilité et d'organisation.

Dans cet échantillon, concernant le matériel disponible pour la gestion des *excreta*, il est retrouvé un haut niveau de maîtrise pour 75 % des unités de soins lorsqu'il s'agit d'usage unique alors qu'il est de 23 % pour l'utilisation de matériel réutilisable. Pourtant, seulement deux tiers des unités de soins disposent d'usage unique (UU) (sac avec gélifiant et/ou dispositifs en carton) contre 95% disposant de matériel réutilisable. Un autre constat de cette évaluation du matériel réutilisable comme le lave-bassin est son indisponibilité constatée par près de la moitié des professionnels au cours du dernier semestre. De plus, près de 60 % des professionnels déclarent ne pas vider systématiquement le bassin plein dans le lave-bassin. Si l'on prend en compte que seulement 7 % des unités de soins atteignent un haut niveau de maîtrise dans les pratiques déclarées de protection de la tenue des professionnels, la vidange du bassin ailleurs que dans le lave-bassin représente un risque important de transmission de flore fécale par projection dans l'environnement et sur les tenues et les mains des soignants. D'autre part, il persiste encore et toujours l'utilisation de la douchette pour nettoyer les dispositifs souillés, par près de 10% des professionnels, pratique qui pourtant est largement identifiée comme source de contamination par aérosolisation de l'environnement et des tenues des professionnels.

La contamination par des bactéries multi résistantes de la tenue professionnelle dans le soin a été documentée (4) (5) (6). Cette contamination par des bactéries multi résistantes est plus fréquente lorsque les professionnels réalisent des soins de gestion des *excreta* (7). La présence d'EPI et de bonnes habitudes de pratiques de gestion des *excreta* concourent à un haut niveau de maîtrise (8). Les résultats d'Eva-Gex montrent bien que les EPI nécessaires sont disponibles dans les unités de soins, principalement gants (97,9 %) et tabliers à usage unique (94,9 %), certaines unités disposent même de surblouses imperméables (différentes des surblouses intissées) (26,2 %). Pourtant, le port de gants pour manipuler un dispositif souillé n'est pas systématique pour près de 1 professionnel sur 5 alors que le risque de dissémination de germes digestifs par cette pratique est bien connu. De façon plus inquiétante, dans 81 % des unités de soins, la tenue professionnelle n'est pas systématiquement protégée lors de la gestion des *excreta*. Le port de tablier de protection de la tenue est associé dans la

littérature à une diminution de la transmission de bactéries multi résistantes dans le soin, telles que les Entérocoques résistants à la vancomycine (9). Les projections de flore fécale sur la tenue non protégée concourent dans le soin à la transmission des bactéries multi-résistantes.

En outre, l'absence d'utilisation de couvercles protecteurs lors du transport des bassins souillés participe à un défaut de maîtrise par les professionnels.

L'hygiène des mains, pierre angulaire de la prévention et du contrôle de l'infection et de la transmission des bactéries multi résistantes (8), n'atteint pas 100% des professionnels après l'exposition aux *excreta*. Il est difficile d'imaginer une situation professionnelle plus à risque de manuportage de bactéries multi résistantes que l'absence d'hygiène des mains après manipulation des *excreta* ! Dans notre échantillon, un professionnel sur 5 (18,6 %) déclare ne pas réaliser systématiquement une hygiène des mains après avoir géré des *excreta*.

L'originalité de cette évaluation est d'avoir recueilli l'expérience des patients sur leurs pratiques de gestion des *excreta* au cours de leur hospitalisation. La littérature rapporte un effet sur la réduction de 48 % de la concentration des projections dans l'environnement et de 76 % de la surface contaminée lorsque l'abattant des toilettes est baissé pour tirer la chasse d'eau (10). Le rôle de l'abattant dans la réduction de la contamination environnementale a été aussi démontré avec *Clostridium difficile* (11). Les messages de santé publique insistent régulièrement sur l'importance de l'hygiène des mains pour la prévention des maladies infectieuses dans la population générale. Mais les patients savent rarement qu'il est nécessaire de baisser l'abattant des toilettes avant de tirer la chasse d'eau, mesure de prévention évitant l'aérosolisation du contenu souillé des toilettes. De plus si le lavage des mains est une pratique déclarée par 70 % des patients après passage aux toilettes, il faut relever que cette mesure simple d'hygiène n'est pas systématiquement proposée aux patients dépendants ne pouvant utiliser les toilettes de la chambre, seuls 17 % des patients dépendants le rapportent. Il est aussi du rôle des soignants d'éduquer les patients à l'hygiène personnelle attendue dans la population générale.

Le meilleur moyen de structurer et de standardiser la gestion des *excreta* au sein d'une unité est d'avoir une procédure rédigée et connue des professionnels, cependant 20 % des unités de soins déclarent ne pas en avoir. De plus, parmi les unités qui ont une procédure, près de 2/3 ont des difficultés à la mettre en place. Or, Eva-GEX nous a permis d'identifier des corrélations statistiquement significatives avec certaines bonnes pratiques professionnelles. En effet un haut niveau de maîtrise de la procédure locale de gestion des *excreta* était associé à une meilleure réalisation de l'hygiène des mains après manipulation d'*excreta*, une meilleure protection des tenues avec un tablier, une meilleure utilisation des couvercles pour le transport des bassins pleins, ainsi qu'une moindre utilisation des douchettes. Ces résultats suggèrent que les axes d'amélioration portant sur la rédaction et la maîtrise d'une procédure locale de gestion des *excreta* sont à prioriser pour avoir le plus d'impact d'amélioration sur les pratiques professionnelles.

Il est nécessaire de rappeler l'utilité d'organiser régulièrement des audits de pratique dans les ES. En effet plus de la moitié des unités de soins participantes avaient organisé un audit de pratiques

sur la gestion des *excreta* au cours des trois dernières années et parmi celles-ci, 95% ont identifié une action d'amélioration à mettre en place. Le port du tablier, la bonne utilisation du lave bassin étaient corrélés positivement aux niveaux de maîtrise de la procédure locale de gestion des *excreta*, ainsi que celui des actions de sensibilisation et d'évaluation des pratiques. L'utilisation des douchettes, pratique à risque majeur de projections de flore digestive et qui devrait être définitivement abandonnée était, quant à elle, inversement corrélée au niveau de maîtrise de la procédure locale de gestion des *excreta*, de l'évaluation des pratiques et de la sensibilisation à la gestion des *excreta*. Cela souligne bien l'importance capitale sur l'amélioration des pratiques de gestion des *excreta* que peuvent avoir la formation et des actions de suivi de formation assurant sa mise en place sur le terrain.

L'enquête d'impact, plusieurs mois après l'audit Eva-Gex, a été réalisée par un quart des ES participants. Elle a permis de mettre en évidence que l'audit Eva-GEx a été contributif à l'amélioration des pratiques pour environ 62 % des ES participants ayant répondu.

Plus de 80% des axes d'amélioration générés automatiquement par l'outil informatique ont été considérés comme pertinents par les ES (soit mis en place, en cours ou programmés). Les actions d'amélioration les plus avancées (c'est-à-dire terminées au moment de l'enquête d'impact lorsque l'axe d'amélioration avait été proposé par l'algorithme décisionnel d'Eva-GEX) au niveau des unités de soins concernaient donc les équipements de protection individuelle (terminé à 71 %), le port de gants (terminé à 62 %), la procédure de gestion des *excreta* (terminé à 51 %), la mise à disposition de matériel à usage unique pour la gestion des *excreta* (terminé à 48 %), la réalisation de la FHA chez les professionnels (terminé à 44 %), la non-utilisation de la douchette (terminé à 42 %). La mise en application de ces axes d'amélioration sont des mesures fortes des précautions standard dans la maîtrise du péril fécal et nos résultats montrent qu'un haut niveau de maîtrise de la procédure locale de gestion des *excreta* impacte positivement un grand nombre de pratiques professionnelles. Ce travail s'inscrit parfaitement dans une démarche de la roue de la qualité ou roue de Deming avec la volonté de s'inscrire dans un cercle vertueux d'amélioration continue ; ainsi plus de trois quarts des ES pensent effectuer un nouvelle évaluation Eva-GEx à distance.

Les différents aspects de l'évaluation Eva-GEx (méthodologie, questionnaires, application informatique, rapport et axes d'amélioration) étaient satisfaisants et très satisfaisants pour 67,9 % à 90,2 % des ES. Ces résultats similaires à ceux obtenus suite à l'enquête d'impact de l'évaluation Eva-BHRe confirment que ce concept de méthodologie et d'outil en ligne proposant directement des actions d'amélioration ciblées pour les participants est intéressant pour les professionnels de terrain.

VI / Conclusion et perspectives

Dans le cadre de son volet prévention, la mission SPARES a proposé Eva-GEX, évaluation des pratiques de gestion des *excreta* et de la maîtrise du péril fécal dans les établissements de santé. La participation à cette évaluation a été conséquente (2 130 unités de soins, 17 213 professionnels et 9 360 patients, dans 464 établissements de santé) et rend compte que quasiment une unité de soins sur 10 rapporte une épidémie d'origine digestive dans l'année passée. Ce qui souligne l'importance d'améliorer les pratiques de gestion des *excreta* sur le terrain.

Les freins aux bonnes pratiques rapportés concernent principalement des insuffisances matérielles principalement pour les dispositifs réutilisables. Or, le niveau de maîtrise des dispositifs à usage unique est bien plus élevé pour les unités de soins dans notre enquête, cette solution peut s'envisager pour régler des problèmes pratiques de disponibilité et d'organisation. En revanche, les équipements de protection individuelle sont disponibles dans la grande majorité des unités, mais leur fréquence d'utilisation peut être améliorée, surtout pour la protection de la tenue professionnelle, qui reste un vecteur important de bactéries multi résistantes. L'hygiène des mains reste encore une pratique à améliorer dans la gestion des *excreta*.

Concernant les pratiques des patients après être allés aux toilettes, si le lavage de mains des patients autonome est assez élevée, cette mesure simple d'hygiène n'est pas systématiquement proposée aux patients alités ne pouvant utiliser les toilettes de la chambre. Cela rappelle le rôle important des soignants dans l'éducation des patients à l'hygiène personnelle.

De façon intéressante, Eva-GEX rapporte que la mise en place d'une procédure locale de gestion des *excreta*, les actions de sensibilisation et d'évaluation des pratiques de gestion des *excreta* sont les mesures statistiquement corrélées à de meilleures pratiques professionnelles, notamment l'hygiène des mains, la protection de la tenue, la bonne utilisation du lave-bassin et l'arrêt de l'utilisation des douchettes. L'enquête d'impact proposée à la suite d'Eva-GEX a permis de mettre en évidence que l'audit Eva-GEX a été contributif à l'amélioration des pratiques et l'application en ligne restant disponible, cet outil peut s'inscrire dans la démarche d'amélioration continue des établissements de santé. En particulier, conduire cette évaluation contribue à la démarche de certification notamment le critère impératif 2.3 -11 « Les équipes maîtrisent le risque infectieux en appliquant les précautions adéquates, standard et complémentaires » et le critère standard 3.7-02 « L'établissement prend en compte le point de vue du patient dans son programme d'amélioration de la qualité ».

VII / Bibliographie

1. Société Française d'Hygiène Hospitalière. Actualisation des précautions standard. Etablissements de santé, Etablissements médico-sociaux, Soins de ville. 2017. https://www.sf2h.net/k-stock/data/uploads/2017/06/HY_XXV_PS_versionSF2H.pdf
2. Haut Conseil de la Santé Publique. Recommandations relatives aux mesures à mettre en oeuvre pour prévenir l'émergence des entérobactéries BLSE et lutter contre leur dissémination. 2010.
3. Haut Conseil de la Santé Publique. Actualisation des recommandations relatives à la maîtrise de la diffusion des bactéries hautement résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe). 2019.
4. Morgan DJ, Liang SY, Smith CL, Johnson JK, Harris AD, Furuno JP, et al. Frequent multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii* contamination of gloves, gowns, and hands of healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol.* juill 2010;31(7):716-21.
5. Morgan DJ, Rogawski E, Thom KA, Johnson JK, Perencevich EN, Shardell M, et al. Transfer of multidrug-resistant bacteria to healthcare workers' gloves and gowns after patient contact increases with environmental contamination. *Crit Care Med.* avr 2012;40(4):1045-51.
6. Wiener-Well Y, Galuty M, Rudensky B, Schlesinger Y, Attias D, Yinnon AM. Nursing and physician attire as possible source of nosocomial infections. *Am J Infect Control.* sept 2011;39(7):555-9.
7. Blanco N, Pineles L, Lydecker AD, Johnson JK, Sorkin JD, Morgan DJ, et al. Transmission of Resistant Gram-Negative Bacteria to Health Care Worker Gowns and Gloves during Care of Nursing Home Residents in Veterans Affairs Community Living Centers. *Antimicrob Agents Chemother.* oct 2017;61(10):e00790-17.
8. Tacconelli E, Cataldo MA, Dancer SJ, De Angelis G, Falcone M, Frank U, et al. ESCMID guidelines for the management of the infection control measures to reduce transmission of multidrug-resistant Gram-negative bacteria in hospitalized patients. *Clin Microbiol Infect Off Publ Eur Soc Clin Microbiol Infect Dis.* janv 2014;20 Suppl 1:1-55.
9. Puzniak LA, Leet T, Mayfield J, Kollef M, Mundy LM. To gown or not to gown: the effect on acquisition of vancomycin-resistant enterococci. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 juill 2002;35(1):18-25.
10. Cai C, Kim P, Connor TH, Liu Y, Floyd EL. Reducing the particles generated by flushing institutional toilets. *J Occup Environ Hyg.* mai 2022;19(5):318-26.
11. Best EL, Sandoe J a. T, Wilcox MH. Potential for aerosolization of *Clostridium difficile* after flushing toilets: the role of toilet lids in reducing environmental contamination risk. *J Hosp Infect.* janv 2012;80(1):1-5.

VIII / Annexes

Annexe 1 : Fiche établissement

FICHE ETABLISSEMENT



FICHE ÉTABLISSEMENT

À remplir par le référent de l'enquête lors de l'inscription en ligne

→ **Nom de l'établissement** _____

→ **Finess juridique** _____

→ **Finess géographique** _____

→ **Fonction de la personne responsable de l'enquête**

Membre de l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène

Qualiticien

IDE référent

Autre _____

FICHE UNITÉ – Équipe Opérationnelle en Hygiène

FICHE UNITÉ

À remplir par l'Équipe Opérationnelle d'Hygiène

Nom de l'établissement _____

Nom de l'unité de soins _____

Date de l'enquête ____/____/____

Evaluation des mesures de gestion des *excreta*

1. Avez-vous conduit une évaluation de la gestion des *excreta* dans votre établissement sur les 3 dernières années (par exemple : audit GEX, GEX simulator, outil d'évaluation local...)? Oui Non
Si non passez à la question 4 :
2. Si oui, une ou des action(s) d'amélioration ont-elles été identifiées ? Oui Non
Si non passez à la question 4 :
3. Si oui, cette/ces actions ont-elles été mises en œuvre ?
 Oui
 En cours
 Non

Action de sensibilisation à la gestion des *excreta*

4. Avez-vous conduit des actions de sensibilisations au péril fécal au cours de la dernière année ? Oui Non
Si non passez à la question 7, si oui répondez aux questions 5 et 6 :

5. Quelles sont les actions de sensibilisation au péril fécal conduites au cours de la dernière année ? (plusieurs réponses possibles)

- Outil de la boîte péril fécal du REPIAS
- Application SimSimple
- Autre outil disponible
- Outil interne

6. Quelle(s) méthode(s) de formation avez-vous utilisé ? (plusieurs réponses possibles)

- Formation pratique (simulation, autre...)
- E-learning de la boîte péril fécal
- Formation théorique
- Réunion d'information des équipes
- Affichage / Information écrite
- Autre

Contrôle du péril fécal dans l'unité de soins

7. Au cours de l'année passée, avez-vous identifié une épidémie d'origine digestive (*Clostridium difficile*, BHRé, EBLSE, GEA...) dans l'unité de soins ? Oui Non

FICHE UNITÉ – Cadre de santé

FICHE UNITÉ

À remplir par le Cadre de santé

Nom de l'établissement _____

Nom de l'unité de soins _____

Date de l'enquête ____/____/____

Matériel disponible pour la gestion des selles

1. Quel est le matériel dont vous disposez en routine pour la gestion des *excreta* ? (plusieurs réponses possibles)

- Dispositif réutilisable (bassin, seau de chaise percée, ...)
- Usage unique (sac avec gélifiant et/ou dispositifs en carton)

2. Disposez-vous d'un lave-bassin ? *Oui* *Non*

Si question 1 « usage unique » coché :

3. Au cours du mois dernier, les dispositifs à usage unique ont-ils été indisponibles ? (par exemple : rupture de stock) *Oui* *Non*

4. Quelle alternative avez-vous en cas d'indisponibilité de l'usage unique ?

- Dispositifs réutilisables en lavage manuel
- Dispositifs réutilisables entretenus en lave-bassin
- Autre

Si question 1 « dispositif réutilisable » coché et question 2 « lave-bassin » = non :

5. Quel est votre mode d'entretien des dispositifs réutilisables ?

- Lavage manuel
- Autre

Si question 1 « dispositif réutilisable » coché et question 2 « lave-bassin » = oui :

6. Au cours des 6 derniers mois, le lave-bassin a-t-il été indisponible ? Oui Non

7. Quelle alternative d'entretien des bassins dans l'unité de soins avez-vous lorsque le lave-bassin est indisponible ?

- Usage unique
- Lavage manuel
- Autre (autre lave bassin)

Equipements de protection individuelle

8. Commandez-vous des équipements de protection individuelle pour la gestion des *excreta* ? Oui Non

Si non, passez à la question 11.

9. **Si oui**, Quel type d'équipement de protection individuelle est commandé pour la gestion des *excreta* ? (plusieurs réponses possibles)

- Tablier à usage unique
- Surblouse imperméable (différent de surblouse intissée)
- Gants

10. Au cours de la dernière semaine, les équipements de protection individuelle ont-ils été indisponibles ? Oui Non

Habitudes de pratique de gestion des *excreta*

11. Au cours de la dernière semaine de travail, à quelle fréquence est-il arrivé à l'équipe d'entretenir manuellement les dispositifs souillés (hors dispositifs protégés par usage unique) ?

Jamais

Toujours

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>										

Non applicable (unité qui n'utilise que de l'usage unique)

Procédure de gestion des *excreta*

12. Existe-t-il une procédure de gestion des *excreta* dans votre unité de soins ? *Oui* *Non*
13. Si oui, à quelle fréquence rencontrez-vous des difficultés à la mettre en œuvre (produits, matériels, protocole, effectif personnel, organisation...)

Jamais										Toujours	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

FICHE PROFESSIONNEL

FICHE PROFESSIONNEL

Durée de remplissage 5 min

Nom de l'établissement _____

Nom de l'unité de soins _____

Date de l'enquête ____/____/____

Fiche numéro |__|__|

HABITUDES DE PRATIQUES

En ce moment, nous faisons une analyse de l'organisation du service et des moyens qui sont mis à disposition pour la prévention du risque infectieux. C'est une analyse d'équipe. Je vous interroge individuellement mais tout ce que vous me direz restera anonyme, l'analyse se fera à l'échelle collective, de l'équipe/du service. C'est vous qui êtes sur le terrain, c'est vous qui savez. Nous, nous avons besoin de votre expérience et de vos retours pour améliorer l'organisation et la prévention. Donc toutes vos réponses seront les bonnes réponses.

Alors concernant les *excreta*, je vous demanderai de réfléchir aux soins que vous avez réalisés sur la dernière semaine pour répondre aux questions suivantes :

1. À quelle fréquence avez-vous porté un tablier en plastique ou surblouse en plastique à usage unique pour manipuler un dispositif souillé ?

Jamais										Toujours	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

Non disponible

2. À quelle fréquence avez-vous porté des gants pour manipuler un dispositif souillé ?

Jamais										Toujours	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

Non disponible

3. À quelle fréquence avez-vous mis un couvercle ou une protection au-dessus des bassins ou des seaux souillés pour les transporter ?

Jamais										Toujours	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

Non disponible

4. À quelle fréquence avez-vous mis les bassins pleins dans le lave-bassin pour les nettoyer ? (répondre à cette question en ne tenant compte que des situations où un lave-bassin était disponible dans votre unité de soins)

Jamais										Toujours	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

5. À quelle fréquence utilisez-vous une douchette pour nettoyer les bassins/seaux ? (cocher « 0 » s'il n'y a pas de douchettes dans votre unité de soins)

Jamais										Toujours	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

6. À quelle fréquence réalisez-vous une friction avec une solution hydro-alcoolique après avoir géré des *excreta* ?

Jamais										Toujours	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

Freins rencontrés

7. Qu'est ce qui peut vous empêcher de mettre en œuvre votre procédure de gestion des *excreta* ? (plusieurs réponses possibles)
- Manque d'équipement
 - Eloignement du lave bassin
 - L'équipement n'est pas performant /efficace
 - L'équipement n'est pas fonctionnel /ne marche pas
 - Manque d'information
 - Manque de formation
 - Manque de personnel
 - Manque de temps
 - Ce n'est pas écologique
 - Ce n'est pas économique
 - Je ne comprends pas l'objectif de cette procédure
 - Je n'aime pas sortir avec un bassin plein dans le couloir
 - Je n'aime pas sortir avec le tablier dans le couloir
 - Je ne sais pas me servir de l'équipement
 - Je n'ai pas l'habitude
 - Je suis gêné par les odeurs
 - Le fait que la plupart de mes collègues ne le font pas
 - Ce n'est pas mon rôle
 - Je ne trouve pas cette procédure importante
 - Ce n'est pas valorisant
 - Ce n'est pas ma priorité

Catégorie professionnelle

8. Etes-vous : AS IDE Rééducateur
 Etudiant Autre (préciser) _____
En poste : de jour de nuit
9. Avez-vous reçu une formation dédiée à la gestion des *excreta* dans le service ou au sein de l'établissement dans les 5 dernières années ? Oui Non

Annexe 5 : Fiche Patient

FICHE PATIENT

FICHE PATIENT

Nom de l'établissement _____

Nom de l'unité de soins _____

Date de l'enquête ____/____/____

Fiche numéro |__|__|

En ce moment, nous faisons une analyse de l'organisation du service et des moyens qui sont mis à disposition pour la prévention du risque infectieux. Nous écoutons les soignants, le cadre du service et nous interrogeons les patients pour avoir leur avis et leur expérience. Nous posons 4 petites questions aux patients du service. Il faut savoir que cela reste totalement anonyme, c'est pour le service, pour améliorer notre organisation et nos pratiques. Donc toutes vos réponses seront les bonnes réponses.

Je vais vous demander de réfléchir à votre hospitalisation...

Utilisez-vous les toilettes de la chambre ? Oui Non

Si vous avez répondu OUI :

1. À quelle fréquence baissez-vous l'abattant des toilettes avant de tirer la chasse d'eau ?

Jamais											Toujours
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

Non adapté : pas d'abattant

2. À quelle fréquence **pensez-vous** à vous laver les mains après être allé aux toilettes ?

Jamais											Toujours
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

3. À quelle fréquence **arrivez-vous** à vous laver les mains après être allé aux toilettes ?

Jamais											Toujours
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

Si vous avez répondu NON :

1. À quelle fréquence les soignants du service vous ont-ils proposé de réaliser une hygiène des mains après avoir été sur le bassin/chaise garde-robe ?

Jamais											Toujours
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
<input type="checkbox"/>											

Merci de votre participation, nous vous proposons en complément de ce questionnaire un document d'information sur **la réalisation de l'hygiène des mains du patient hospitalisé.**

Annexe 6 : Questionnaire Enquête d'impact

Enquête d'impact Eva-GEx

Nous souhaiterions connaître votre avis concernant la mise en place des actions d'amélioration proposées par Eva-GEX dans votre établissement et l'intérêt qu'a représenté cette évaluation.

1. Parmi les actions d'amélioration qui vous étaient proposées pour l'établissement, quel est votre niveau de mise en place ?

Haut niveau de maîtrise général pour cet item, pas d'action proposée / Terminé / En cours / Programmé / Non choisi

- Evaluation des mesures de gestion des *excreta*
- Action de sensibilisation à la gestion des *excreta*
- Contrôle du péril fécal dans l'unité de soins (EOH et service)
- Matériel disponible pour la gestion des *excreta* : Usage unique
- Matériel disponible pour la gestion des *excreta* : Dispositifs réutilisables
- Equipements de protection individuelle
- Habitude de pratique de gestion des *excreta*
- Procédure de gestion des *excreta*
- Fréquence de protection de la tenue
- Fréquence de port des gants
- Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés
- Fréquence d'utilisation du lave bassin
- Fréquence d'utilisation des douchettes
- Fréquence de réalisation de la friction hydroalcoolique (professionnels)
- Freins rencontrés
- Information patients patient au risque de transmission des germes fécaux

2. Pour les actions d'amélioration que vous n'avez pas choisies, pourquoi ?

3. Pour les actions d'amélioration que vous avez choisies, quelles sont les difficultés que vous rencontrez ou que vous avez rencontrées dans leur mise en œuvre?

Evaluation des mesures de gestion des *excreta*

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Action proposée non pertinente

Contrainte économique (coût des mesures)
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Action de sensibilisation à la gestion des *excreta*

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Contrainte économique (coût des mesures)
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Contrôle du péril fécal dans l'unité de soins

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Contrainte économique (coût des mesures)
Rupture d'approvisionnement
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Perte de chance pour le patient
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Matériel disponible pour la gestion des *excreta* : usage unique

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Contrainte économique (coût des mesures)
Rupture d'approvisionnement
Manque de disponibilité du matériel
Pas une priorité
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Pas concerné
Manque de personnel
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Autre, précisez :

Matériel disponible pour la gestion des *excreta* : dispositif réutilisable

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Contrainte économique (coût des mesures)
Rupture d'approvisionnement
Manque de disponibilité du matériel
Pas une priorité
Manque de temps
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Pas concerné
Manque de personnel
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Autre, précisez :

Equipements de protection individuelle

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Contrainte économique (coût des mesures)
Rupture d'approvisionnement
Pas une priorité
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Perte de chance pour le patient
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Habitude de pratique de gestion des *excreta*

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Contrainte économique (coût des mesures)
Rupture d'approvisionnement
Manque de disponibilité du matériel
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Procédure de gestion des *excreta*

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Action proposée non pertinente
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Pas convaincu
Autre, précisez :

Fréquence de protection de la tenue

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Action proposée non pertinente
Contrainte économique (coût des mesures)
Rupture d'approvisionnement
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Fréquence de port des gants

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Action proposée non pertinente
Contrainte économique (coût des mesures)
Rupture d'approvisionnement
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes

Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Action proposée non pertinente
Contrainte économique (coût des mesures)
Rupture d'approvisionnement
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Fréquence d'utilisation du lave bassin

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Action proposée non pertinente
Contrainte économique (coût des mesures)
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information

Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Manque de disponibilité du lave-bassin
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Fréquence d'utilisation des douchettes

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Action proposée non pertinente
Contrainte économique (coût des mesures)
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Fréquence de réalisation de la friction hydroalcoolique (professionnels)

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Action proposée non pertinente

Contrainte économique (coût des mesures)
Rupture d'approvisionnement
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Freins rencontrés

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Contrainte économique (coût des mesures)
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Pas concerné
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

Information patients patient au risque de transmission des germes fécaux

Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre
Action proposée non pertinente
Pas une priorité
Manque de temps
Pas l'habitude
Résistance au changement
Manque d'information
Problème d'organisation
Difficulté de communication
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées
Manque de personnel
Manque de disponibilité des équipes
Ne sait pas comment l'organiser
Désorganisation du service
Désaccord avec les recommandations
Pas de risque identifié
Pas convaincu
Autre, précisez :

4. Avez-vous le sentiment qu'Eva-GEX a été contributif dans l'établissement ? (contributif : amélioration des pratiques de gestion des excréta au niveau de l'établissement)

Echelle allant de : Pas du tout contributif =0 à Très contributif = 10

5. Quel est votre niveau de satisfaction des différents éléments de l'outil d'évaluation Eva-GEX (de la méthodologie au rendu de résultat) : (niveau établissement)

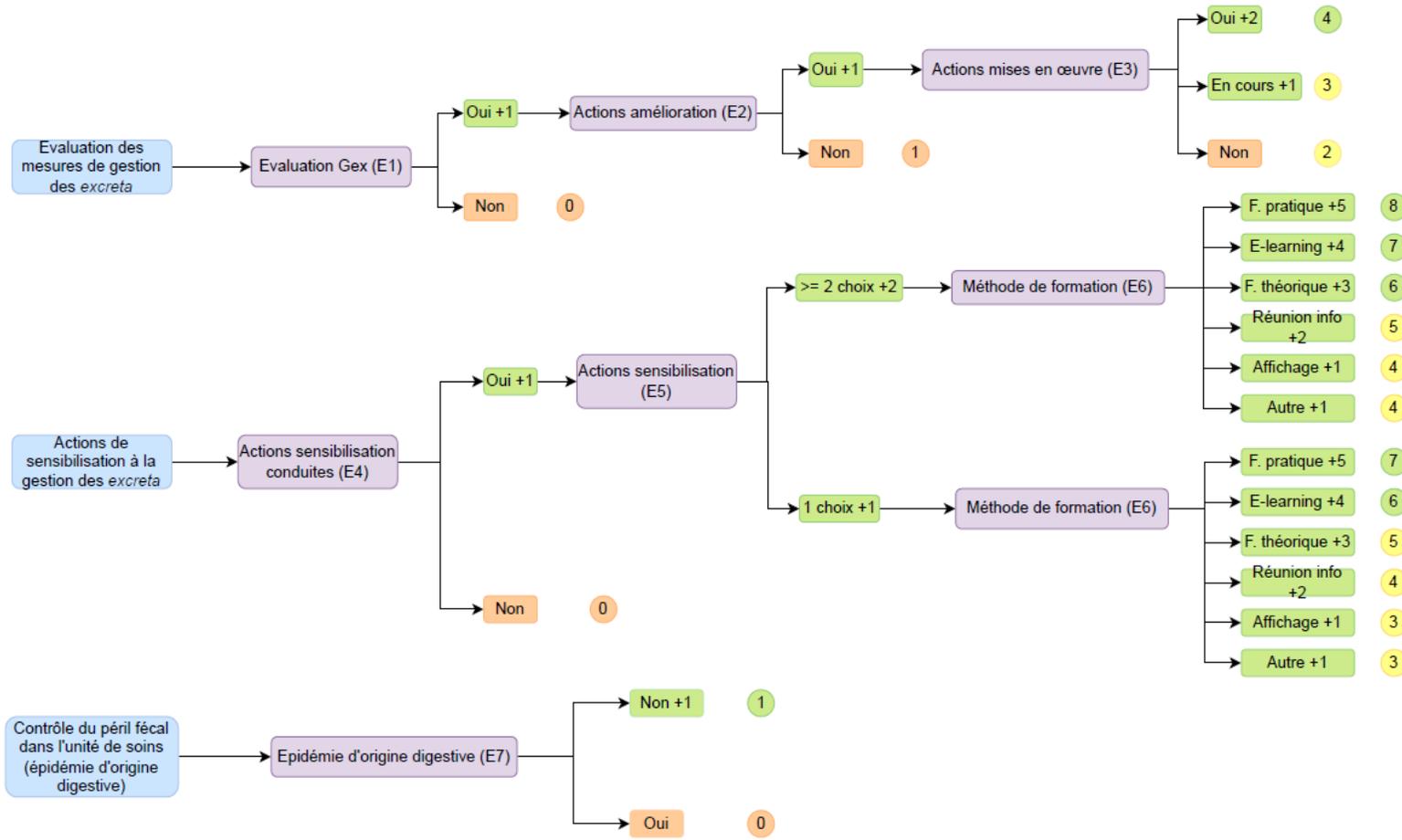
Pas du tout satisfaisant, Peu satisfaisant, Satisfaisant, Très satisfaisant

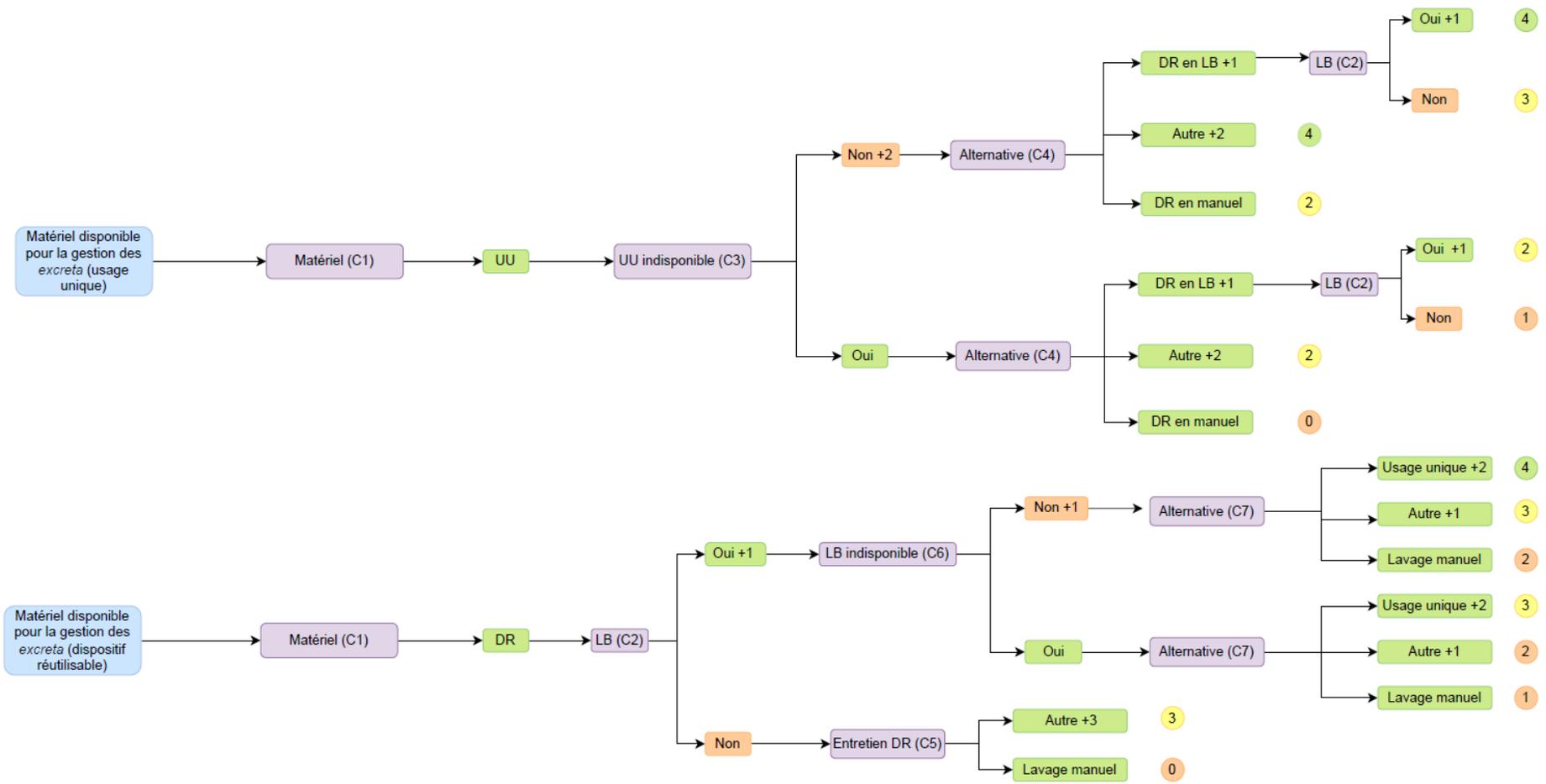
- **Méthodologie**
- **Evaluation**
- **Application informatique**
- **Rapport de résultats**
- **Axes d'amélioration proposés**

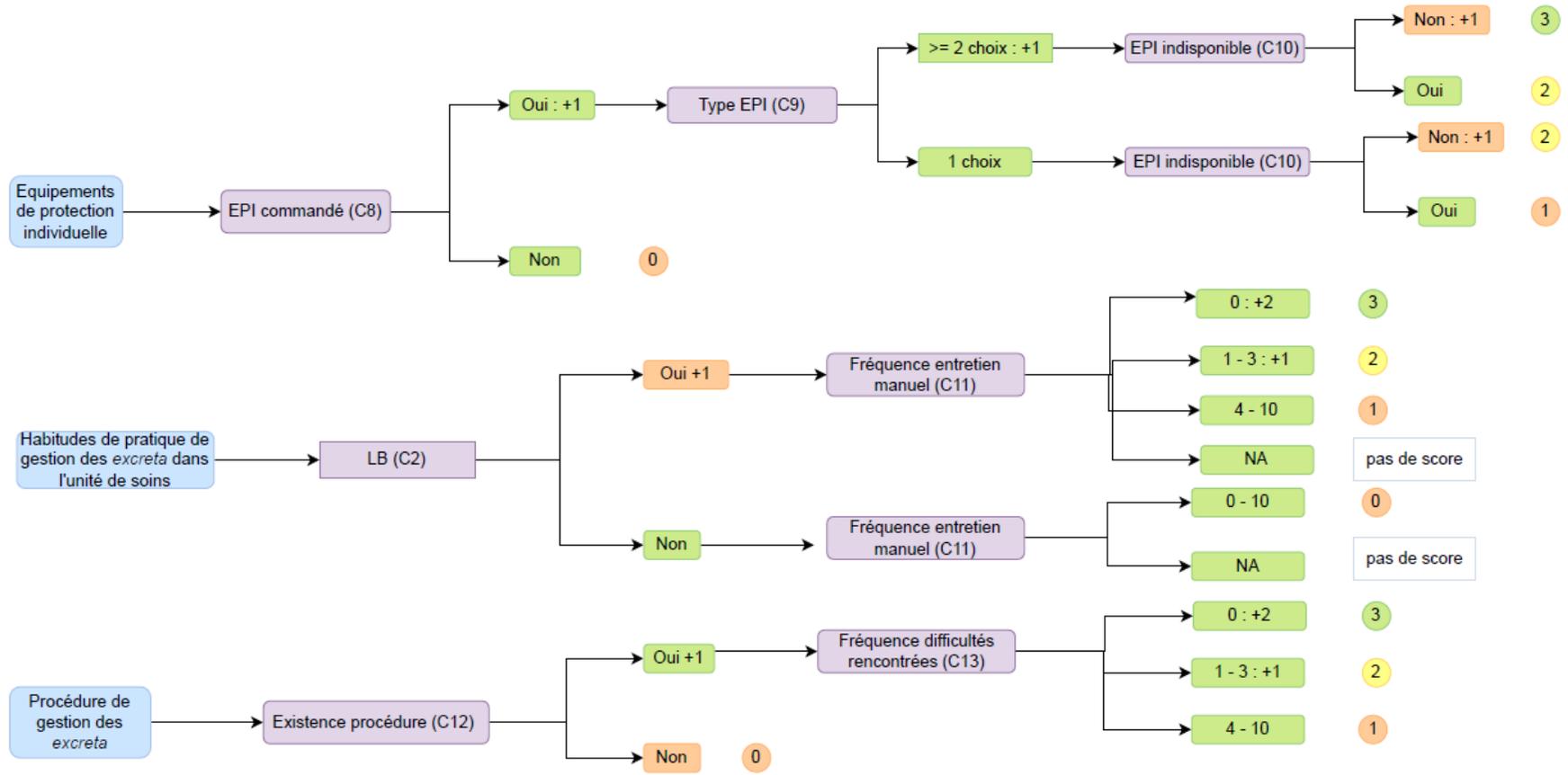
6. Pensez-vous effectuer une nouvelle évaluation Eva-GEX à distance ?

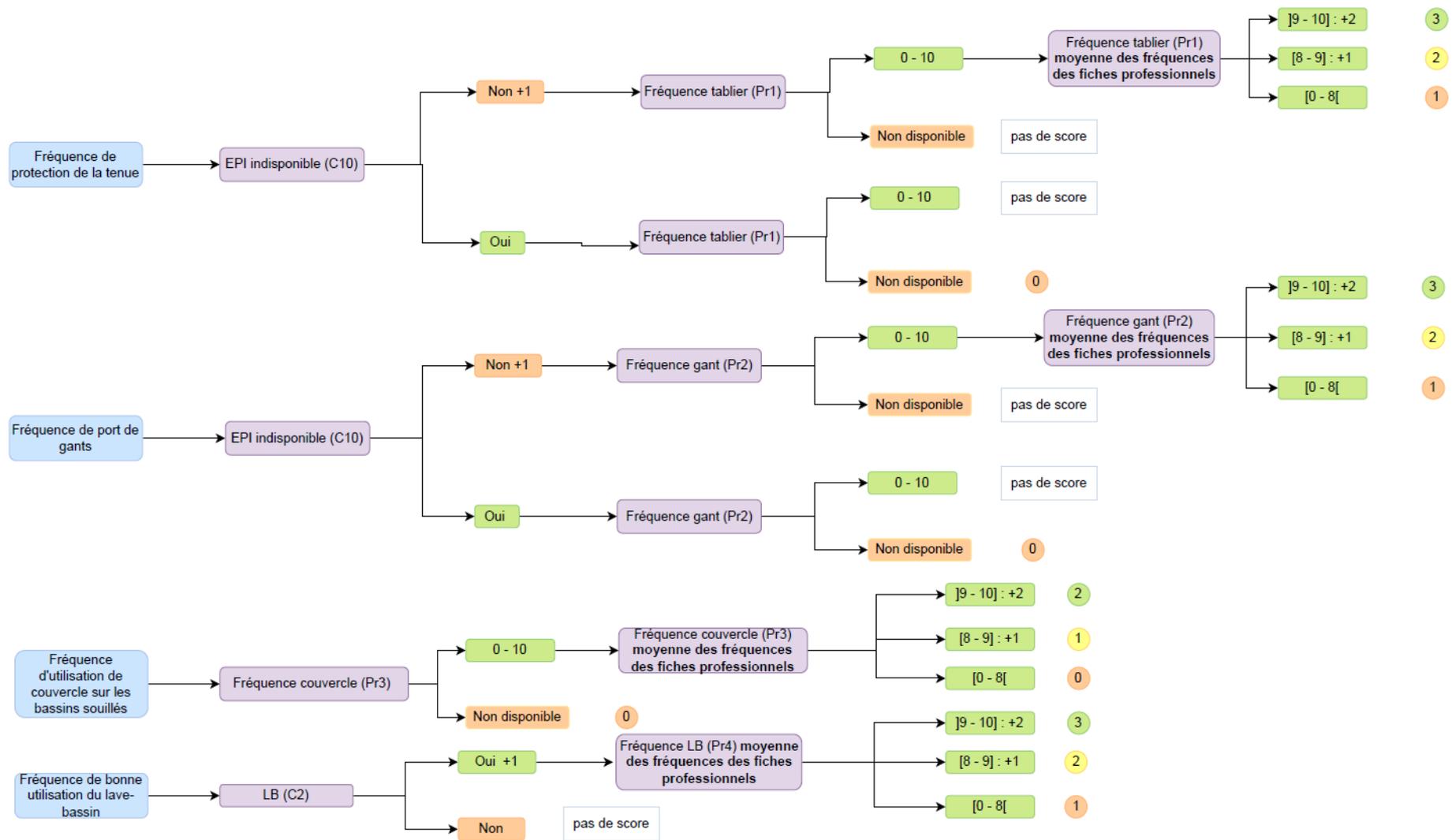
Oui/non

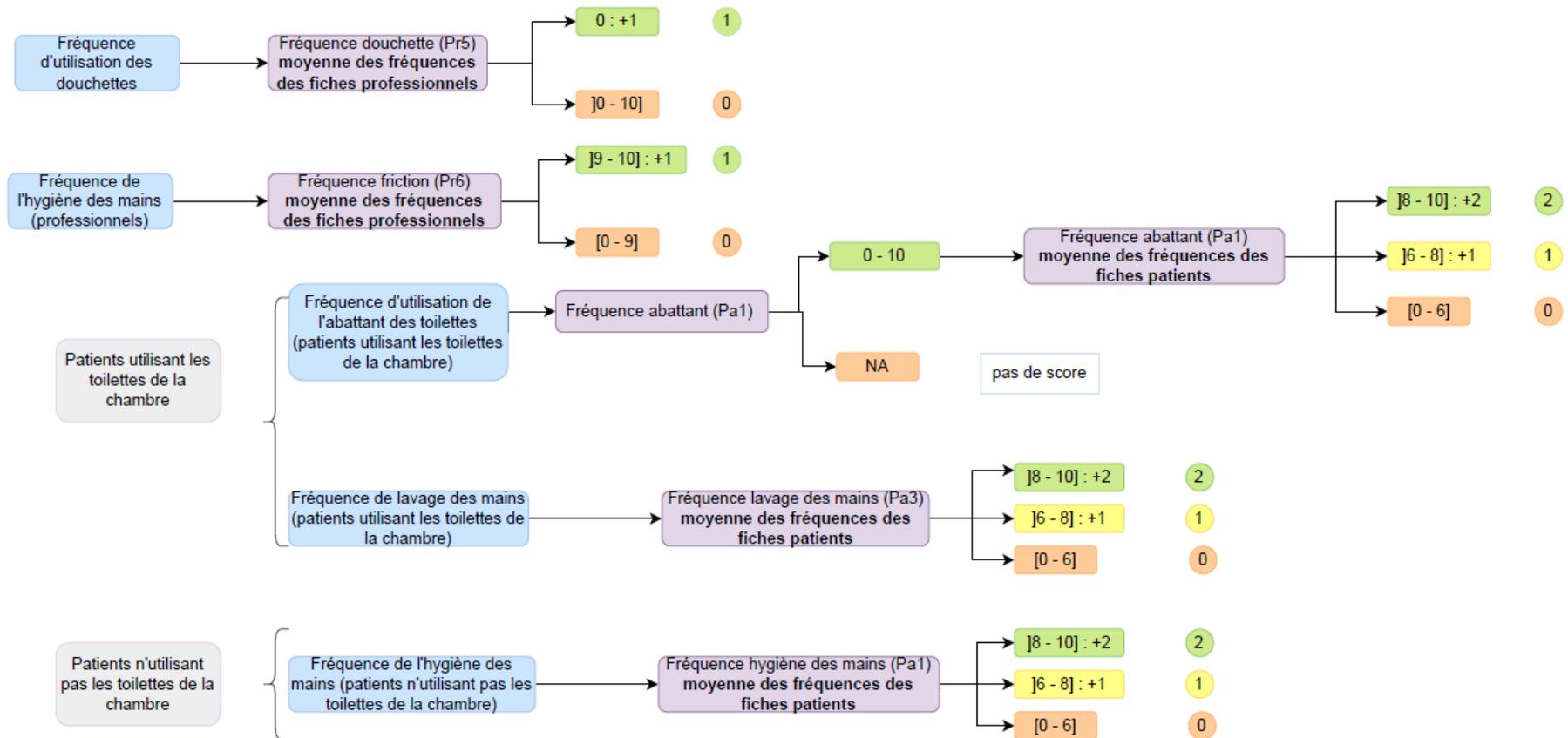
Annexe 7 : Arbre décisionnel de scorage (présenté sur 5 pages)











Annexe 8 : Résultat brut par type d'établissement de santé

Evaluation des mesures de gestion des excréta dans les unités de soins

	Unités de soins n (%)						
	CH/HIA (N=980)	MCO (N=638)	CHU/CHR (N=226)	SSR (N=220)	CLCC (N=35)	PSY (N=23)	DIA (N=8)
Evaluation sur les 3 dernières années	535 (54,6)	357 (56,0)	141 (62,4)	92 (41,8)	22 (62,9)	3 (13,0)	1 (12,5)
Actions d'amélioration identifiées	528 (98,7)	333 (93,3)	123 (87,2)	87 (94,6)	13 (59,1)	3 (100,0)	1 (100,0)
Actions mises en œuvre	(N=528)	(N=333)	(N=123)	(N=87)	(N=13)	(N=3)	(N=1)
Oui	360 (68,2)	202 (60,7)	82 (66,7)	40 (46,0)	7 (53,8)	3 (100,0)	1 (100,0)
En cours	162 (30,7)	124 (37,2)	33 (26,8)	47 (54,0)	6 (46,2)	0	0
Non	6 (1,1)	7 (2,1)	8 (6,5)	0	0	0	0

Actions de sensibilisation à la gestion des excréta dans les unités de soins

	Unités de soins n (%)						
	CH/HIA (N=980)	MCO (N=638)	CHU/CHR (N=226)	SSR (N=220)	CLCC (N=35)	PSY (N=23)	DIA (N=8)
Actions de sensibilisation au péril fécal au cours de la dernière année	749 (76,4)	395 (61,9)	119 (52,7)	120 (54,5)	15 (42,9)	21 (91,3)	2 (25,0)
Type d'action de sensibilisation*	(N=749)	(N=395)	(N=119)	(N=120)	(N=15)	(N=21)	(N=2)
Outil interne	634 (84,6)	323 (81,8)	108 (90,8)	95 (80,0)	15 (100,0)	20 (95,2)	2 (100,0)
Autre outil disponible	133 (17,8)	51 (12,9)	36 (30,3)	20 (16,7)	6 (40,0)	2 (9,5)	0
Outil de la boîte péril fécal du REPIAS	90 (12,0)	116 (29,4)	9 (7,6)	14 (11,7)	0	1 (4,8)	0
Application SimSimple	12 (1,6)	34 (8,6)	1 (0,8)	0	0	0	0
Méthodes de formation utilisées*	(N=749)	(N=395)	(N=119)	(N=120)	(N=15)	(N=21)	(N=2)
Réunion d'information des équipes	374 (49,9)	208 (52,7)	53 (44,5)	68 (56,7)	6 (40,0)	17 (81,0)	1 (50,0)
Formation théorique	428 (57,1)	159 (40,3)	53 (44,5)	26 (21,7)	14 (93,3)	4 (19,0)	2 (100,0)
Formation pratique	202 (27,0)	159 (40,3)	30 (25,2)	24 (20,0)	12 (80,0)	0	0
Affichage / Information écrite	215 (28,7)	85 (21,5)	18 (15,1)	17 (14,2)	5 (33,3)	2 (9,5)	0
E-learning de la boîte péril fécal	29 (3,9)	21 (5,3)	3 (2,5)	10 (8,3)	0	0	0
Autre	46 (6,1)	23 (5,8)	8 (6,7)	7 (5,8)	0	0	0

*Plusieurs réponses possibles

Contrôle du péril fécal dans les unités de soins

	Unités de soins (%)						
	CH/HIA (N=980)	MCO (N=638)	CHU/CHR (N=226)	SSR (N=220)	CLCC (N=35)	PSY (N=23)	DIA (N=8)
Epidémie d'origine digestive dans l'unité de soins	889 (90,7)	612 (95,9)	193 (85,4)	208 (94,5)	34 (97,1)	20 (87,0)	8 (100,0)

Disponibilité du matériel pour la routine de la gestion des excréta dans les unités de soins

	Unités de soins n (%)						
	CH/HIA (N=980)	MCO (N=638)	CHU/CHR (N=226)	SSR (N=220)	CLCC (N=35)	PSY (N=23)	DIA (N=8)
Dispositif réutilisable (DR) (bassin, seau de chaise percée, ...)	957 (97,7)	582 (91,2)	216 (95,6)	205 (93,2)	34 (97,1)	17 (73,9)	6 (75,0)
Usage unique (UU) (sac avec gélifiant et/ou dispositifs en carton)	574 (58,6)	465 (72,9)	152 (67,3)	150 (68,2)	33 (94,3)	16 (69,6)	6 (75,0)
Lave-bassin (LB)	883 (90,1)	502 (78,7)	209 (92,5)	168 (76,4)	30 (85,7)	5 (21,7)	1 (12,5)

Plusieurs réponses possibles

Disponibilité de l'usage unique et alternative en cas d'indisponibilité

	Unités de soins n (%)						
	CH/HIA (N=574)	MCO (N=465)	CHU/CHR (N=150)	SSR (N=152)	CLCC (N=33)	PSY (N=16)	DIA (N=6)
UU indisponible au cours du mois dernier	30 (5,2)	24 (5,2)	10 (6,7)	11 (7,2)	4 (12,1)	0	0
Alternative en cas d'indisponibilité :							
DR entretenus en lave-bassin	482 (84,0)	331 (71,2)	122 (81,3)	114 (75,0)	28 (84,8)	2 (12,5)	0
DR en lavage manuel	70 (12,2)	120 (25,8)	22 (14,7)	34 (22,4)	5 (15,2)	14 (87,5)	5 (83,3)
Autre	22 (3,8)	14 (3,0)	6 (4,0)	4 (2,6)	0	0	1 (16,7)

Disponibilité du lave-bassin et alternative en cas d'indisponibilité

	Unités de soins n (%)						
	CH/HIA (N=876)	MCO (N=493)	CHU/CHR (N=208)	SSR (N=165)	CLCC (N=29)	PSY (N=5)	DIA (N=1)
Lave-bassin indisponible au cours des 6 derniers mois	398 (45,4)	215 (43,6)	75 (36,1)	54 (32,7)	7 (24,1)	1 (20,0)	0
Alternative en cas d'indisponibilité :							
Usage unique	343 (39,2)	230 (46,7)	77 (37,0)	82 (49,7)	8 (27,6)	3 (60,0)	1 (100,0)
Dispositif réutilisable en lavage manuel	279 (31,8)	111 (22,5)	96 (46,2)	19 (11,5)	12 (41,4)	2 (40,0)	0
Autre lave-bassin	254 (29,0)	152 (30,8)	35 (16,8)	64 (38,8)	9 (31,0)	0	0

Mode d'entretien des dispositifs réutilisables dans les unités de soins ne disposant pas de lave-bassin

	Unités de soins n (%)						
	CH/HIA (N=81)	MCO (N=89)	CHU/CHR (N=8)	SSR (N=40)	CLCC (N=5)	PSY (N=12)	DIA (N=5)
Mode d'entretien des dispositifs réutilisables							
Lavage manuel	76 (93,8)	78 (87,6)	6 (75,0)	34 (85,0)	5 (100,0)	12 (100,0)	5 (100,0)
Autre	5 (6,2)	11 (12,4)	2 (25,0)	6 (15,0)	0	0	0

Equipements de protection individuelle pour la gestion des excréta et disponibilité

	Unités de soins n (%)						
	CH/HIA (N=980)	MCO (N=638)	CHU/CHR (N=226)	SSR (N=220)	CLCC (N=35)	PSY (N=23)	DIA (N=8)
Commande d'EPI pour la gestion des excréta	902 (92,0)	585 (91,7)	218 (96,5)	204 (92,7)	34 (97,1)	21 (91,3)	7 (87,5)
	(N=902)	(N=585)	(N=218)	(N=204)	(N=34)	(N=21)	(N=7)
Type d'EPI pour la gestion des excréta*							
Gants	888 (98,4)	567 (96,9)	211 (96,8)	202 (99,0)	34 (100,0)	20 (95,2)	7 (100,0)
Tablier à usage unique	861 (95,5)	542 (92,6)	212 (97,2)	201 (98,5)	28 (82,4)	19 (90,5)	7 (100,0)
Surblouse imperméable	234 (25,9)	164 (28,0)	47 (21,6)	54 (26,5)	14 (41,2)	3 (14,3)	0
EPI indisponible au cours de la dernière semaine	31 (3,4)	24 (4,1)	6 (2,8)	6 (2,9)	1 (2,9)	0	0

* Plusieurs réponses possibles

Fréquence d'entretien manuel des dispositifs souillés au cours de la dernière semaine

	Unités de soins n (%)						
	CH/HIA (N=863)	MCO (N=495)	CHU/CHR (N=202)	SSR (N=165)	CLCC (N=29)	PSY (N=5)	DIA (N=1)
0	668 (77,4)	374 (75,6)	151 (74,7)	133 (80,6)	27 (93,1)	2 (40,0)	1 (100,0)
1-3	119 (13,8)	70 (14,2)	24 (11,9)	18 (10,9)	2 (6,9)	3 (60,0)	0
4-10	76 (8,8)	51 (10,2)	27 (13,4)	14 (8,5)	0	0	0

0 : jamais - 10 : toujours

Existence d'une procédure de gestion des excréta

	Unités de soins n (%)						
	CH/HIA (N=980)	MCO (N=638)	CHU/CHR (N=226)	SSR (N=220)	CLCC (N=35)	PSY (N=23)	DIA (N=8)
Existence d'une procédure de gestion des excréta dans l'unité de soins	788 (80,4)	536 (84,0)	139 (61,5)	190 (86,4)	32 (91,4)	15 (65,2)	5 (62,5)

Fréquence des difficultés à mettre en œuvre la procédure de gestion des excréta

	Unités de soins n (%)						
	CH/HIA (N=788)	MCO (N=536)	CHU/CHR (N=139)	SSR (N=190)	CLCC (N=32)	PSY (N=15)	DIA (N=5)
0	285 (36,2)	171 (31,9)	59 (42,4)	63 (33,2)	17 (53,1)	6 (40,0)	1 (20,0)
1-3	324 (41,1)	198 (36,9)	51 (36,7)	77 (40,5)	10 (31,3)	8 (53,3)	2 (40,0)
4-10	179 (22,7)	167 (31,2)	29 (20,9)	50 (26,3)	5 (15,6)	1 (6,7)	2 (40,0)

0 : jamais - 10 : toujours

Répartition des professionnels par poste

	Professionnels n (%)						
	CH/HIA (N=8 312)	MCO (N=3 847)	CHU/CHR (N=2 358)	SSR (N=1 953)	CLCC (N=368)	PSY (N=284)	DIA (N=91)
Poste							
de jour	7 731 (93,0)	3 520 (91,5)	2 147 (91,1)	1 801 (92,2)	315 (85,6)	250 (88,0)	80 (87,9)
de nuit	581 (7,0)	327 (8,5)	211 (9,0)	152 (7,8)	53 (14,4)	34 (12,0)	11 (12,1)

Formation dédiée à la gestion des excréta dans les 5 dernières années

	Professionnels n (%)						
	CH/HIA (N=8 312)	MCO (N=3 847)	CHU/CHR (N=2 358)	SSR (N=1 953)	CLCC (N=368)	PSY (N=284)	DIA (N=91)
Formation dédiée à la gestion des excréta							
non	6 588 (79,3)	2 813 (73,1)	1 899 (80,5)	1 371 (70,2)	298 (81,0)	216 (76,1)	85 (93,4)
oui	1 724 (20,7)	1 034 (26,9)	459 (19,5)	582 (29,8)	70 (19,0)	68 (23,9)	6 (6,6)

Fréquence de protection de la tenue

	Professionnels n (%)						
	CH/HIA (N=8 271)	MCO (N=3 801)	CHU/CHR (N=2 356)	SSR (N=1 948)	CLCC (N=354)	PSY (N=283)	DIA (N=89)
Fréquence de protection de la tenue							
0-7	5 085 (61,5)	2 918 (76,8)	1 185 (50,3)	1 202 (61,7)	271 (76,5)	193 (68,2)	84 (94,4)
8-9	1 543 (18,7)	414 (10,9)	528 (22,4)	351 (18,0)	47 (13,3)	34 (12,0)	5 (5,6)
10	1 643(19,8)	469 (12,3)	643 (27,3)	395 (20,3)	36 (10,2)	56 (19,8)	0

0 : jamais - 10 : toujours

Fréquence du port de gants

	Professionnels n (%)						
	CH/HIA (N=8 300)	MCO (N=3 833)	CHU/CHR (N=2 349)	SSR (N=1 944)	CLCC (N=368)	PSY (N=279)	DIA (N=91)
Fréquence du port de gants							
0-7	325 (3,9)	175 (4,6)	76 (3,2)	54 (2,8)	5 (1,4)	23 (8,3)	0
8-9	1 294 (15,6)	492 (12,8)	314 (13,4)	217 (11,2)	37 (10,0)	23 (8,2)	8 (8,8)
10	6 681 (80,5)	3 166 (82,6)	1 959 (83,4)	1 673 (86,0)	326 (88,6)	233 (83,5)	83 (91,2)

0 : jamais - 10 : toujours

Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés

	Professionnels n (%)						
	CH/HIA (N=7 634)	MCO (N=3 080)	CHU/CHR (N=2 022)	SSR (N=1 663)	CLCC (N=293)	PSY (N=119)	DIA (N=76)
Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés							
0-7	3 842 (50,3)	1 819 (59,1)	1 094 (54,1)	640 (38,5)	172 (58,7)	65 (54,6)	18 (23,7)
8-9	1 358 (17,8)	428 (13,9)	326 (16,1)	270 (16,2)	28 (9,6)	19 (16,0)	11 (14,5)
10	2 434 (31,9)	833 (27,0)	602 (29,8)	753 (45,3)	93 (31,7)	35 (29,4)	47 (61,8)

0 : jamais - 10 : toujours

Fréquence de bonne utilisation du lave-bassin

	Professionnels n (%)						
	CH/HIA (N=7 646)	MCO (N=3 163)	CHU/CHR (N=2 117)	SSR (N=1 621)	CLCC (N=240)	PSY (N=58)	DIA (N=31)
Fréquence de bonne utilisation du lave-bassin							
0-7	2 775 (36,3)	1 776 (56,2)	1 216 (57,4)	717 (44,2)	146 (60,9)	33 (56,9)	20 (64,5)
8-9	1 200 (15,7)	343 (10,8)	249 (11,8)	226 (14,0)	20 (8,3)	9 (15,5)	1 (3,2)
10	3 671 (48,0)	1 044 (33,0)	652 (30,8)	678 (41,8)	74 (30,8)	16 (27,6)	10 (32,3)

0 : jamais - 10 : toujours

Fréquence d'utilisation des douchettes

	Professionnels n (%)						
	CH/HIA (N=8 312)	MCO (N=3 847)	CHU/CHR (N=2 358)	SSR (N=1 953)	CLCC (N=368)	PSY (N=284)	DIA (N=91)
Fréquence d'utilisation d'une douchette pour nettoyer les bassins/seaux							
0-7	7 644 (91,9)	3 400 (88,4)	2 084 (88,4)	1 780 (91,2)	341 (92,7)	263 (92,6)	77 (84,6)
8-9	262 (3,2)	156 (4,1)	97 (4,1)	61 (3,1)	8 (2,2)	9 (3,2)	0
10	406 (4,9)	291 (7,5)	177 (7,5)	112 (5,7)	19 (5,1)	12 (4,2)	14 (15,4)

0 : jamais - 10 : toujours

Fréquence de l'hygiène des mains des professionnels

	Professionnels n (%)						
	CH/HIA (N=8 312)	MCO (N=3 847)	CHU/CHR (N=2 358)	SSR (N=1 953)	CLCC (N=368)	PSY (N=284)	DIA (N=91)
Fréquence d'utilisation d'une douchette pour nettoyer les bassins/seaux							
0-7	482 (5,8)	207 (5,4)	133 (5,7)	92 (4,7)	29 (7,9)	26 (9,2)	14 (15,4)
8-9	616 (7,4)	226 (5,9)	116 (4,9)	139 (7,1)	11 (3,0)	14 (4,9)	2 (2,2)
10	7 214 (86,8)	3 414 (88,7)	2 109 (89,4)	1 722 (88,2)	328 (89,1)	244 (85,9)	75 (82,4)
0 : jamais - 10 : toujours							

Fréquence à laquelle le patient baisse l'abattant des toilettes avant de tirer la chasse d'eau

	Patients n (%)						
	CH/HIA (N=1 730)	MCO (N=1 592)	CHU/CHR (N=337)	SSR (N=962)	CLCC (N=77)	PSY (N=110)	DIA (N=4)
Fréquence à laquelle le patient baisse l'abattant des toilettes avant de tirer la chasse d'eau							
0-6	1 122 (64,8)	997 (62,6)	200 (59,3)	645 (67,1)	34 (44,2)	66 (60,0)	1 (25,0)
7-8	119 (6,9)	110 (6,9)	30 (8,9)	83 (8,6)	6 (7,8)	17 (15,5)	0
9-10	489 (28,3)	485 (30,5)	107 (31,8)	234 (24,3)	37 (48,0)	27 (24,5)	3 (75,0)
0 : jamais - 10 : toujours							

Fréquence de lavage des mains des patients

	Patients n (%)						
	CH/HIA (N=2 937)	MCO (N=1 905)	CHU/CHR (N=669)	SSR (N=1 275)	CLCC (N=120)	PSY (N=110)	DIA (N=4)
Fréquence de lavage des mains des patients							
0-6	594 (20,2)	329 (17,3)	109 (16,3)	260 (20,4)	10 (8,3)	17 (15,5)	1 (25,0)
7-8	306 (10,4)	197 (10,3)	58 (8,7)	224 (17,6)	13 (10,8)	13 (11,8)	0
9-10	2 037 (69,4)	1 379 (72,4)	502 (75,0)	791 (62,0)	97 (80,9)	80 (72,7)	3 (75,0)
0 : jamais - 10 : toujours							

Fréquence à laquelle les soignants ont proposé de réaliser une hygiène des mains au patient

	Patients n (%)						
	CH/HIA (N=1 137)	MCO (N=707)	CHU/CHR (N=189)	SSR (N=225)	CLCC (N=35)	PSY (N=10)	DIA (N=7)
Fréquence à laquelle les soignants du service ont proposé de réaliser une hygiène des mains au patient							
0-6	871 (76,6)	482 (68,2)	132 (69,9)	191 (74,9)	29 (82,9)	1 (10,0)	7 (100,0)
7-8	94 (8,3)	93 (13,1)	18 (9,5)	20 (7,8)	2 (5,7)	0	0
9-10	172 (15,1)	132 (18,7)	39 (20,6)	44 (17,3)	4 (11,4)	9 (90,0)	0

0 : jamais - 10 : toujours

Annexe 9 : Mise en place des actions d'amélioration

Etat d'avancement des actions d'amélioration des établissements participant à l'enquête d'impact

	N	Etablissements n (%)			
		terminé	en cours	programmé	non choisi
Evaluation des mesures de gestion des <i>excreta</i>	103	26 (25,2)	54 (52,4)	13 (12,6)	10 (9,7)
Action de sensibilisation à la gestion des <i>excreta</i>	105	32 (30,5)	51 (48,6)	18 (17,1)	4 (3,8)
Contrôle du péril fécal dans l'unité de soins (EOH et service)	86	21 (24,4)	39 (45,3)	20 (23,3)	6 (7,0)
Matériel disponible pour la gestion des <i>excreta</i> : Usage unique	67	32 (47,8)	21 (31,3)	2 (3,0)	12 (17,9)
Matériel disponible pour la gestion des <i>excreta</i> : Dispositifs réutilisables	89	36 (40,4)	31 (34,8)	11 (12,4)	11 (12,4)
Equipements de protection individuelle	48	34 (70,8)	12 (25,0)	1 (2,1)	1 (2,1)
Habitude de pratique de gestion des <i>excreta</i>	82	29 (35,4)	29 (35,4)	11 (13,4)	13 (15,9)
Procédure de gestion des <i>excreta</i>	88	45 (51,1)	25 (28,4)	13 (14,8)	5 (5,7)
Fréquence de protection de la tenue	101	20 (19,8)	68 (67,3)	13 (12,9)	0
Fréquence de port de gants	55	34 (61,8)	15 (27,3)	4 (7,3)	2 (3,6)
Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés	102	21 (20,6)	56 (54,9)	13 (12,7)	12 (11,8)
Fréquence d'utilisation du lave bassin	88	26 (29,5)	36 (40,9)	11 (12,5)	15 (17,0)
Fréquence d'utilisation des douchettes	81	34 (42,0)	22 (27,2)	9 (11,1)	16 (19,8)
Fréquence de réalisation de la friction hydro alcoolique (professionnels)	63	28 (44,4)	28 (44,4)	4 (6,3)	3 (4,8)
Freins rencontrés	108	19 (17,6)	56 (51,9)	19 (17,6)	14 (13,0)
Information patient au risque de transmission des germes fécaux	111	17 (15,3)	50 (45,0)	20 (18,0)	24 (21,6)

Freins à la mise en place des actions non choisies

Evaluation des mesures de gestion des <i>excreta</i> (N=10)	n	%
Manque de temps	6	60,0
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	3	30,0
Manque de disponibilité des équipes	3	30,0
Ne sait pas comment l'organiser	3	30,0
Contrainte économique (coût des mesures)	2	20,0
Problème d'organisation	2	20,0
Manque de personnel	2	20,0
Résistance au changement	1	10,0
Difficulté de communication	1	10,0

Plusieurs réponses possibles

Action de sensibilisation à la gestion des <i>excreta</i> (N=4)	n	%
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	1	25,0
Manque de temps	1	25,0
Manque de personnel	1	25,0
Manque de disponibilité des équipes	1	25,0
Pas de risque identifié	1	25,0

Plusieurs réponses possibles

Contrôle du péril fécal dans l'unité de soins (EOH et service) (N=6)	n	%
Manque de temps	4	66,7
Manque de disponibilité des équipes	2	33,3
Ne sait pas comment l'organiser	2	33,3
Manque de personnel	1	16,7
Autre :		
Intervention d'un fournisseur de sac protecteur géifiant un atelier des pratiques	1	16,7
<i>Plusieurs réponses possibles</i>		
Matériel disponible pour la gestion des excreta : Usage unique (N=12)	n	%
Contrainte économique (coût des mesures)	5	41,7
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	3	25,0
Manque d'information	1	8,3
Pas concerné	1	8,3
Manque de disponibilité du matériel	1	8,3
Autre :		
2 LDB dans établissement pour 47 lits	1	8,3
Evaluation usage unique avec GEX-SIMULATOR	1	8,3
<i>Plusieurs réponses possibles</i>		
Matériel disponible pour la gestion des excreta : Dispositifs réutilisables (N=11)	n	%
Pas concerné	6	54,5
Contrainte économique (coût des mesures)	2	18,2
Pas une priorité	1	9,1
Résistance au changement	1	9,1
Ne sait pas comment l'organiser	1	9,1
Autre :		
utilisation déjà en place	1	9,1
en routine utilisation de housse de bassin	1	9,1
en routine utilisation des housses de bassin, le lave bassin est utilisé ponctuellement	1	9,1
<i>Plusieurs réponses possibles</i>		
Equipements de protection individuelle (N=1)	n	%
Pas l'habitude	1	100,0
Difficulté de communication	1	100,0
<i>Plusieurs réponses possibles</i>		

Habitude de pratique de gestion des excreta (N=13)	n	%
Contrainte économique (coût des mesures)	6	46,2
Résistance au changement	3	23,1
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	2	15,4
Manque de disponibilité du matériel	2	15,4
Manque de disponibilité des équipes	2	15,4
Pas une priorité	1	7,7
Manque de temps	1	7,7
Manque d'information	1	7,7
Problème d'organisation	1	7,7
Difficulté de communication	1	7,7
Pas concerné	1	7,7
Autre :		
Panne des équipements	1	7,7
Réparation lave-bassins effectuée	1	7,7
<i>Plusieurs réponses possibles</i>		
Procédure de gestion des excreta (N=5)	n	%
Manque de temps	2	40,0
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	1	20,0
Action proposée non pertinente	1	20,0
Résistance au changement	1	20,0
Pas concerné	1	20,0
<i>Plusieurs réponses possibles</i>		
Fréquence de port de gants (N=2)	n	%
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	1	50,0
Pas concerné	1	50,0
<i>Plusieurs réponses possibles</i>		
Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés (N=12)	n	%
Pas concerné	4	33,3
Contrainte économique (coût des mesures)	2	16,7
Résistance au changement	2	16,7
Rupture d'approvisionnement	1	8,3
Manque de temps	1	8,3
Pas l'habitude	1	8,3
Manque de personnel	1	8,3
Pas de risque identifié	1	8,3
Autre :		
en routine utilisation des housses de bassin pas de nécessité de couvercle pour acheminement au lave bassin	1	8,3
en routine utilisation des housses de bassins	1	8,3
utilisation de sachet carebag	1	8,3

Fréquence d'utilisation du lave-bassin (N=15)	n	%
Pas concerné	10	66,7
Contrainte économique (coût des mesures)	1	6,7
Manque de temps	1	6,7
Ne sait pas comment l'organiser	1	6,7
Autre :		
en routine utilisation des housses de bassin, lave bassin utilisé ponctuellement	1	6,7
en routine utilisation du lave bassin	1	6,7
pas de lave bassin	1	6,7

Plusieurs réponses possibles

Fréquence d'utilisation des douchettes (N=16)	n	%
Pas concerné	7	43,8
Contrainte économique (coût des mesures)	1	6,3
Autre :		
Les douchettes ne sont pas utilisées. 1 ou 2 personnels ont répondu les utiliser	1	6,3
absence de douchette	6	37,5
pas d'utilisation de douchette	1	6,3

Plusieurs réponses possibles

Fréquence de réalisation de la friction hydro alcoolique (professionnels) (N=3)	n	%
Pas concerné	2	66,7
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	1	33,3

Plusieurs réponses possibles

Freins rencontrés (N=14)	n	%
Manque de temps	5	35,7
Résistance au changement	4	28,6
Problème d'organisation	3	21,4
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	2	14,3
Manque de disponibilité des équipes	2	14,3
Pas une priorité	1	7,1
Pas l'habitude	1	7,1
Manque d'information	1	7,1
Pas concerné	1	7,1
Manque de personnel	1	7,1
Ne sait pas comment l'organiser	1	7,1
Désorganisation du service	1	7,1
Pas de risque identifié	1	7,1
Pas convaincu	1	7,1
Autre :		
il n'y a pas d'abattant de wc sur le CH.	1	7,1

Plusieurs réponses possibles

Information patient au risque de transmission des germes fécaux (N=24)	n	%
Manque de disponibilité des équipes	9	37,5
Manque de temps	8	33,3
Pas une priorité	6	25,0
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	5	20,8
Pas l'habitude	5	20,8
Manque de personnel	5	20,8
Ne sait pas comment l'organiser	4	16,7
Difficulté de communication	3	12,5
Problème d'organisation	2	8,3
Résistance au changement	1	4,2
Manque d'information	1	4,2
Pas convaincu	1	4,2
Autre :		
affiches mises mais arrachées en moins d'une semaine	1	4,2
population accueillie	1	4,2

Plusieurs réponses possibles

Difficultés à la mise en place des actions choisies

Evaluation des mesures de gestion des excréta (N=93)	n	%
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	35	37,6
Manque de disponibilité des équipes	28	30,1
Résistance au changement	27	29,0
Manque de temps	26	28,0
Manque de personnel	19	20,4
Contrainte économique (coût des mesures)	14	15,1
Problème d'organisation	14	15,1
Difficulté de communication	9	9,7
Manque d'information	6	6,5
Pas l'habitude	5	5,4
Désorganisation du service	4	4,3
Pas de risque identifié	4	4,3
Pas une priorité	3	3,2
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	3	3,2
Pas convaincu	3	3,2
Pas concerné	1	1,1
Autre :		
pas de difficultés rencontrées	3	3,2
Difficulté pour le personnel d'accepter de traverser le couloir avec un bassin plein!		
habitude ancrée de vider dans le toilette patient... et en plus gain de temps; par ailleurs		
existence dans certains services des douchettes (en cours de désinstallation)	1	1,1
Nouvelle équipe de direction des soins et achats : pas de politique de direction des soins	1	1,1

Nouvelle direction des soins et équipe achats	1	1,1
Suivi régulier/rappel des bonnes pratiques	1	1,1
approche globale des PS	1	1,1
délai de commande de DM long	1	1,1
en cours, entre dans le cadre des formations sur les précautions standard débutés	1	1,1
planification de travaux	1	1,1

Plusieurs réponses possibles

Action de sensibilisation à la gestion des excreta (N=101)	n	%
Manque de disponibilité des équipes	44	43,6
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	26	25,7
Manque de temps	26	25,7
Résistance au changement	19	18,8
Manque de personnel	19	18,8
Problème d'organisation	11	10,9
Difficulté de communication	8	7,9
Pas concerné	4	4,0
Désorganisation du service	4	4,0
Pas l'habitude	3	3,0
Manque d'information	3	3,0
Pas de risque identifié	2	2,0
Contrainte économique (coût des mesures)	1	1,0
Pas une priorité	1	1,0
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	1	1,0
Autre:		
Pas de difficultés rencontrées	4	4,0
turn over personnel	3	3,0
Intégration récente au programme de formation	1	1,0
Poster avec les résultats de l'audit remis après formation faish des bonnes pratiques à la gestion conforme des excréta	1	1,0
RAS formation pour les soignants	1	1,0
actions en cours	1	1,0
en cours, entre dans le cadre des formations sur les précautions standard débutés	1	1,0
formation diverses déjà propoées	1	1,0
matériel informatique mal adapté pour vidéos	1	1,0

Plusieurs réponses possibles

Contrôle du péril fécal dans l'unité de soins (EOH et service) (N=80)	n	%
Manque de disponibilité des équipes	28	35,0
Manque de temps	24	30,0
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	21	26,3
Manque de personnel	17	21,3

Problème d'organisation	13	16,3
Résistance au changement	7	8,8
Pas de risque identifié	4	5,0
Manque d'information	2	2,5
Difficulté de communication	2	2,5
Pas concerné	2	2,5
Désorganisation du service	2	2,5
Contrainte économique (coût des mesures)	1	1,3
Pas une priorité	1	1,3
Pas l'habitude	1	1,3
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	1	1,3
Ne sait pas comment l'organiser	1	1,3
Perte de chance pour le patient	1	1,3
Autre :		
en cours	3	3,8
pas de difficultés rencontrées	2	2,5
turn over personnel important	2	2,5
Equipe EOH réduite	1	1,3
Formations dans les services nuit et jour	1	1,3
attente des travaux	1	1,3
les évaluations seront réalisées à la suite des formation sur la gestion des <i>excreta</i>	1	1,3

Plusieurs réponses possibles

Matériel disponible pour la gestion des <i>excreta</i> : Usage unique (N=55)	n	%
Contrainte économique (coût des mesures)	21	38,2
Pas concerné	8	14,5
Résistance au changement	7	12,7
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	5	9,1
Manque de disponibilité du matériel	4	7,3
Manque de temps	3	5,5
Manque d'information	3	5,5
Difficulté de communication	3	5,5
Rupture d'approvisionnement	2	3,6
Pas une priorité	1	1,8
Problème d'organisation	1	1,8
Manque de personnel	1	1,8
Désorganisation du service	1	1,8
Autre :		
Pas de difficultés	7	12,7
Dispositif en place selon besoin	1	1,8
Usage unique présent dans tous les services (protège bassin et urinal)	1	1,8
en cours en discussion avec labo pour urinaux et cantine UU	1	1,8

matériel obtenu difficilement / manque de diffusion des informations lorsque matériel répertorié	1	1,8
matériel disponible-action terminée	1	1,8
problème d'organisation des services de soins pour les commandes	1	1,8
réticence écologie	1	1,8

Plusieurs réponses possibles

Matériel disponible pour la gestion des excreta : Dispositifs réutilisables (N=78)	n	%
Contrainte économique (coût des mesures)	21	26,9
Manque de disponibilité du matériel	18	23,1
Pas concerné	15	19,2
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	12	15,4
Problème d'organisation	8	10,3
Manque de temps	5	6,4
Difficulté de communication	5	6,4
Manque de personnel	5	6,4
Résistance au changement	4	5,1
Désorganisation du service	4	5,1
Manque d'information	3	3,8
Rupture d'approvisionnement	1	1,3
Ne sait pas comment l'organiser	1	1,3
Autre :		
pas de difficultés rencontrées	5	6,4
Changement de direction des soins et achats, en cours de réévaluation pour l'investissement	1	1,3
Demande d'achat en cours pour remplacer 2 LDB qui tombent régulièrement en panne	1	1,3
entretien des LBD	1	1,3
Matériel disponible	1	1,3
achat LDB non inscrit au plan d'investissement du CH	1	1,3
attente travaux	1	1,3
en cours d'évaluation pour l'investissement car nouvelle direction des soins et équipe achats	1	1,3
faible taux de patients concernés dans certaines unités (addicto, psy)	1	1,3
installation en cours	1	1,3
matériel non adapté à l'usage de la salle de naissance	1	1,3
quelques plat bassins en cours de renouvellement	1	1,3

Plusieurs réponses possibles

Equipements de protection individuelle (N=47)	n	%
Résistance au changement	14	29,8
Pas l'habitude	10	21,3
Manque de disponibilité des équipes	8	17,0
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	6	12,8

Problème d'organisation	6	12,8
Pas concerné	6	12,8
Rupture d'approvisionnement	3	6,4
Pas une priorité	3	6,4
Difficulté de communication	3	6,4
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	3	6,4
Manque de personnel	3	6,4
Contrainte économique (coût des mesures)	2	4,3
Pas de risque identifié	2	4,3
Manque d'information	1	2,1
Ne sait pas comment l'organiser	1	2,1
Autre :		
pas de difficultés rencontrées	3	6,4
Les EPI sont à disposition et en nombre suffisant. Les bonnes habitudes ne sont pas prises par l'ensemble des personnels.	1	2,1
déjà disponible	1	2,1
en cours	1	2,1
reste à installer un crochet dans le local LVB pour mise à disposition des tabliers	1	2,1

Plusieurs réponses possibles

Habitude de pratique de gestion des excreta (N=69)	n	%
Résistance au changement	23	33,3
Pas l'habitude	12	17,4
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	10	14,5
Contrainte économique (coût des mesures)	9	13,0
Problème d'organisation	9	13,0
Manque de disponibilité des équipes	9	13,0
Manque de temps	8	11,6
Pas concerné	7	10,1
Manque d'information	6	8,7
Manque de personnel	5	7,2
Pas de risque identifié	4	5,8
Manque de disponibilité du matériel	3	4,3
Difficulté de communication	2	2,9
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	1	1,4
Désorganisation du service	1	1,4
Désaccord avec les recommandations	1	1,4
Pas convaincu	1	1,4
Autre :		
pas de difficultés rencontrées	4	5,8
Cela peut arriver en cas de panne de lave-bassins mais le mode dégradé mis en place limite les risques .	1	1,4
Manque d'implication des cadres dans les formations	1	1,4

Rappel fait	1	1,4
action pérenne obligatoirement donc ... jamais terminée !	1	1,4
turn over	1	1,4
vidange du bassin dans les WC avant entretien dans le lave bassin	1	1,4

Plusieurs réponses possibles

Procédure de gestion des <i>excreta</i> (N=83)	n	%
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	15	18,1
Manque de temps	15	18,1
Difficulté de communication	11	13,3
Manque de personnel	11	13,3
Manque de disponibilité des équipes	11	13,3
Pas concerné	9	10,8
Résistance au changement	7	8,4
Manque d'information	6	7,2
Problème d'organisation	4	4,8
Pas une priorité	3	3,6
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	2	2,4
Pas convaincu	2	2,4
Pas l'habitude	1	1,2
Ne sait pas comment l'organiser	1	1,2
Autre :		
A faire	1	1,2
En cours	1	1,2
La procédure est validée et diffusée. La formation des précautions standard/ gestion des excréta à venir permettra de la faire connaître à l'ensemble des soignants concernés.	1	1,2
Pas de difficulté	1	1,2
Parfois non connue	1	1,2
Parfois non connue et pas toujours appliquée si connue	1	1,2
Procédure en cours de révision	1	1,2
Protocole non connu par la cadre de santé	1	1,2
Rappel de l'existence de la procédure et de l'intérêt de la gestion conforme des <i>excreta</i> dans le risque IAS	1	1,2
diffusion de la procédure	1	1,2
en cours de modification	1	1,2
la procédure existe mais non connu des cadres malgré les rappels annuels en réunion des correspondants	1	1,2
manque d'implication des équipes sur le sujet pas de curiosité	1	1,2
pas de problème rencontré	1	1,2
procédure en cours	1	1,2
procédure disponible	1	1,2
procédure existante, mais non consultée par les soignants/cadres	1	1,2

terminé; procédure en place depuis plusieurs années dans l'établissement	1	1,2
évolution après travaux	1	1,2

Plusieurs réponses possibles

Fréquence de protection de la tenue (N=101)	n	%
Résistance au changement	33	32,7
Pas l'habitude	32	31,7
Action proposée non pertinente	31	30,7
Manque de disponibilité des équipes	15	14,9
Manque de temps	12	11,9
Manque de personnel	10	9,9
Problème d'organisation	8	7,9
Pas une priorité	6	5,9
Manque d'information	6	5,9
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	5	5,0
Pas de risque identifié	4	4,0
Rupture d'approvisionnement	3	3,0
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	2	2,0
Difficulté de communication	2	2,0
Pas concerné	1	1,0
Ne sait pas comment l'organiser	1	1,0
Désorganisation du service	1	1,0
Pas convaincu	1	1,0
Autre :		
pas de difficultés rencontrées	4	4,0
EPI disponible mais non utilisé à chaque fois	1	1,0
Evaluation en continue	1	1,0
Rappel sur le port du tablier plastique à UU en complément des gants à UU	1	1,0
crochet pour tablier à installer	1	1,0
idem sujet précédant	1	1,0
les recommandations sont connues des agents mais non appliquées et refus de changer les pratiques	1	1,0
très mauvaise qualité des tabliers plastiques ne facilitant pas l'intérêt des soignants à le porter	1	1,0

Plusieurs réponses possibles

Fréquence de port de gants (N=53)	n	%
Résistance au changement	11	20,8
Pas concerné	11	20,8
Manque de disponibilité des équipes	6	11,3
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	5	9,4
Manque de temps	5	9,4

Pas de risque identifié	5	9,4
Problème d'organisation	4	7,5
Pas l'habitude	3	5,7
Manque de personnel	2	3,8
Désorganisation du service	2	3,8
Action proposée non pertinente	1	1,9
Rupture d'approvisionnement	1	1,9
Pas une priorité	1	1,9
Manque d'information	1	1,9
Autre :		
pas de difficultés rencontrées	3	5,7
Coût d'équiper toutes les chambres de supports de boîtes de gants	1	1,9
Evaluation en continue	1	1,9
HDM après port de gants	1	1,9
Maîtrise de la protection des mains	1	1,9
bonne implication	1	1,9
idem tablier	1	1,9
manque intérêt des équipes	1	1,9
plutôt bien respectée	1	1,9

Plusieurs réponses possibles

Fréquence d'utilisation de couvercle sur les bassins souillés (N=90)	n	%
Pas l'habitude	30	33,3
Résistance au changement	23	25,6
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	16	17,8
Problème d'organisation	13	14,4
Manque de disponibilité des équipes	12	13,3
Contrainte économique (coût des mesures)	7	7,8
Manque de temps	7	7,8
Rupture d'approvisionnement	6	6,7
Manque de personnel	6	6,7
Manque d'information	5	5,6
Difficulté de communication	5	5,6
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	5	5,6
Pas convaincu	5	5,6
Pas concerné	4	4,4
Pas une priorité	3	3,3
Pas de risque identifié	2	2,2
Action proposée non pertinente	1	1,1
Désorganisation du service	1	1,1
Autre :		
Commande de matériel complet fait	1	1,1
Information formation à faire auprès des soignants	1	1,1

RAS	2	2,2
décal de livraison long	1	1,1
idem sujet précédant	1	1,1
les couvercles sont disponibles le couvercle n'est pas forcément amené en même temps que le bassin donc au moment d'évacuer le bassin le couvercle est manquant	1	1,1
les soignants oublient de ramener le couvercle en même temps que le bassin	1	1,1
les équipes ne pensent pas assez souvent à prendre le bassin avec son couvercle!!!	1	1,1
non disponibles mais non commandés	1	1,1
peu d'utilisation dans certains secteurs (addicto et psy)	1	1,1
peu ou pas de problème à ce niveau	1	1,1
plus gros problème couvercle sur les urinaux	1	1,1

Plusieurs réponses possibles

Fréquence d'utilisation du lave bassin (N=73)	n	%
Résistance au changement	18	24,7
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	12	16,4
Manque de temps	11	15,1
Contrainte économique (coût des mesures)	10	13,7
Problème d'organisation	10	13,7
Manque de disponibilité des équipes	10	13,7
Pas concerné	9	12,3
Pas l'habitude	6	8,2
Manque de personnel	6	8,2
Manque d'information	5	6,8
Pas de risque identifié	5	6,8
Pas une priorité	4	5,5
Difficulté de communication	3	4,1
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	2	2,7
Pas convaincu	2	2,7
Désorganisation du service	1	1,4
Désaccord avec les recommandations	1	1,4
Autre :		
N'aime pas sortir avec un bassin plein dans le couloir	1	1,4
Peur de traverser les couloirs avec un bassin plein	1	1,4
RAS Matériel réparé	1	1,4
changement des anciens lave-bassin programmé (après 20 ans d'utilisation, une maintenance aléatoire, etc.)	1	1,4
des biais sont systématiquement mis en avant par les équipes soignantes	1	1,4
idem sujet précédant	1	1,4
installation en cours	1	1,4
local lave bassin trop petit	1	1,4
pannes fréquentes, procédure maintenance en cours	1	1,4
pas de problème	1	1,4
pas de problème à ce niveau	1	1,4

utilisation de plus en plus couramment	1	1,4
éloignement du lave bassin	1	1,4

Plusieurs réponses possibles

Fréquence d'utilisation des douchettes (N=65)	n	%
Résistance au changement	20	30,8
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	12	18,5
Pas concerné	11	16,9
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	8	12,3
Manque de disponibilité des équipes	8	12,3
Pas de risque identifié	8	12,3
Manque de temps	7	10,8
Manque d'information	6	9,2
Manque de personnel	6	9,2
Difficulté de communication	5	7,7
Pas l'habitude	4	6,2
Problème d'organisation	3	4,6
Contrainte économique (coût des mesures)	2	3,1
Action proposée non pertinente	1	1,5
Désaccord avec les recommandations	1	1,5
Autre :		
Désinstallation en cours des dernières douchettes dans les services	1	1,5
Non connaissance de l'équipement disponible	1	1,5
Rappel fait	1	1,5
disponibilité du cadre pour l'organisation de la formation	1	1,5
douchettes supprimées	1	1,5
il n'y a pas de douchette dans les sanitaires patients des services ayant répondu qu'ils l'utilisent???	1	1,5
pas d'utilisation	1	1,5
reste 2 services équipés sur l'établissement et les services techniques ont programmé le retrait des douchettes	1	1,5
sensibilisation terminée	1	1,5

Plusieurs réponses possibles

Fréquence de réalisation de la friction hydro alcoolique (professionnels) (N=60)	n	%
Manque de temps	11	18,3
Résistance au changement	9	15,0
Pas concerné	9	15,0
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	8	13,3
Manque de disponibilité des équipes	8	13,3
Difficulté de communication	5	8,3
Pas de risque identifié	5	8,3
Pas l'habitude	3	5,0

Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	3	5,0
Désaccord avec les recommandations	3	5,0
Pas convaincu	3	5,0
Manque d'information	2	3,3
Problème d'organisation	2	3,3
Action proposée non pertinente	1	1,7
Désorganisation du service	1	1,7
Autre :		0,0
pas de difficultés rencontrées	3	5,0
Evaluation continue	1	1,7
Oui, toujours réalisée	1	1,7
rapport sur l'importance du port de gants	1	1,7
RAS mais la consommation pourrait être plus importante - ICSHA classe C	1	1,7
besoin de sensibilisation	1	1,7
bonne pratique	1	1,7
lavage des mains	1	1,7
les agents qui ne réalisent pas de FHA préfèrent se laver les mains au savon doux	1	1,7
unité peu concernée (addicto psy)	1	1,7

Plusieurs réponses possibles

Freins rencontrés (N=94)	n	%
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	29	30,9
Manque de temps	24	25,5
Résistance au changement	24	25,5
Manque de disponibilité des équipes	23	24,5
Manque de personnel	19	20,2
Problème d'organisation	15	16,0
Pas une priorité	8	8,5
Difficulté de communication	7	7,4
Contrainte économique (coût des mesures)	6	6,4
Pas l'habitude	6	6,4
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	6	6,4
Manque d'information	5	5,3
Pas concerné	5	5,3
Désaccord avec les recommandations	3	3,2
Pas de risque identifié	2	2,1
Ne sait pas comment l'organiser	1	1,1
Désorganisation du service	1	1,1
Pas convaincu	1	1,1
Autre :		
pas de difficultés	3	3,2
A faire protocole + sensibilisation	1	1,1
A réévaluer	1	1,1

Eloignement du lave-bassins	1	1,1
descente de la communication au terrain via l'encadrement, le médical	1	1,1
relais auprès de l'encadrement, auprès des équipes de service, informa	1	1,1
représentation d'image pour les professionnels du fait de sortir avec	1	1,1
turn over dans les équipes	1	1,1

Plusieurs réponses possibles

Information patient au risque de transmission des germes fécaux (N=87)	n	%
Enquête d'impact trop précoce par rapport à l'évaluation pour pouvoir répondre	25	28,7
Manque de temps	21	24,1
Manque de disponibilité des équipes	11	12,6
Pas l'habitude	10	11,5
Difficulté de communication	8	9,2
Ne sait pas comment l'organiser	6	6,9
Manque de personnel	5	5,7
Manque d'information	4	4,6
Action proposée non pertinente	2	2,3
Pas une priorité	2	2,3
Problème d'organisation	2	2,3
Pas de risque identifié	2	2,3
Doute sur l'intérêt des mesures préconisées	1	1,1
Pas convaincu	1	1,1
Autre :		
pas de difficultés rencontrées	3	3,4
En cours	2	2,3
En cours, une information est programmée sur le rôle d'information et d'éducation des patients et des visiteurs. La journée mondiale d'hygiène des mains a permis de sensibiliser les visiteurs et patients	1	1,1
Informations auprès du patient faite immédiatement après sa participation à l'enquête	1	1,1
patientèle très âgée difficulté de communication	1	1,1
Plaquette hygiène des mains institutionnelle en place	1	1,1
documents internes d'informations existent (flyers) non donnés parfois / contexte (fin de vie, pas priorité)	1	1,1
intérêt du personnel en service pour cette action reste à mettre en œuvre	1	1,1
patients déments	1	1,1

Plusieurs réponses possibles

Annexe 10 : Liste des établissements participants

Établissement	Ville
HOPITAL ST LOUP HBT AGDE	AGDE
CLINIQUE ESQUIROL-SAINT-HILAIRE	AGEN
GCS CENTRE CARDIO AXIUM RAMBOT	AIX EN PROVENCE
CLINIQUE PSYCHIATRIQUE LA JAUBERTE	AIX EN PROVENCE
CLINIQUE AXIUM	AIX EN PROVENCE
POLYCLIN PARC RAMBOT HOP PRIV PROVENCE	AIX EN PROVENCE
CL CLAUDE BERNARD ALBI	ALBI
CL TOULOUSE LAUTREC ALBI	ALBI
CHICAM - SITE ALENCON	ALENCON
CH LOUIS BRUNET D'ALLAUCH	ALLAUCH
CL SSR SUNNY COTTAGE AMELIE LES BAINS	AMELIE LES BAINS PALALDA
CH ERDRE ET LOIRE	ANCENIS
SSR LA MARTERAYE SITE SEYNOD	ANNECY
CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE ARESSY	ARESSY
CH VICTOR DUPOUY	ARGENTEUIL
HOPALE REEDUCATION-CENTRE ARRAS	ARRAS
CENTRE HOSPITALIER GENERAL D'AUBAGNE	AUBAGNE
CH AUCH EN GASCOGNE	AUCH
CENTRE MEDICO CHIRURGICAL TRONQUIERES	AURILLAC
CH HENRI MONDOR	AURILLAC
CH AUTUN SITE PARPAS	AUTUN
CLINIQUE DU PARC	AUTUN
CH AUTUN SITE LATOUCHE	AUTUN
POLYCLINIQUE STE MARGUERITE AUXERRE	AUXERRE
CH AUXERRE	AUXERRE
CH AVALLON	AVALLON
POLYCLINIQUE URBAIN V	AVIGNON
CTRE CONVAL GERONTO HOPITAUX DE LUCHON	BAGNERES DE LUCHON
CRF LES HOPITAUX DE LUCHON	BAGNERES DE LUCHON
ETAB HOPALE - CENTRE CLAIR SEJOUR	BAILLEUL
HOPITAL ST THOMAS DE VILLENEUVE BAIN	BAIN DE BRETAGNE
CTRE JACQUES PARISOT BAINVILLE S MADON	BAINVILLE SUR MADON
CH HOPITAUX SUD-CHARENTE	BARBEZIEUX ST HILAIRE
CLINIQUE BELHARRA	BAYONNE
CLINIQUE D'AMADE	BAYONNE
CH DE BEAUJEU	BEAUJEU
CLINIQUE MEDICALE BRUGNON AGACHE	BEAUJEU ET QUITTEUR
CENTRE MIDI GASCOGNE	BEAUMONT DE LOMAGNE
HOSPICES CIVILS DE BEAUNE	BEAUNE
CH BEDARIEUX	BEDARIEUX

CH DE BELLEVILLE	BELLEVILLE
ETABLISSEMENT HOPALE-CENTRE CALVÉ	BERCK
HOP MARITIME DE BERCK	BERCK
ETAB HOPALE CTRE CALOT/HELIO	BERCK
C.H DE BERGERAC	BERGERAC
CH BETHUNE	BETHUNE
CLINIQUE ANNE ARTOIS	BETHUNE
CAPIO CLINIQUE AGUILERA	BIARRITZ
CTRE. READAP. FONCT. LES EMBRUNS	BIDART
CENTRE HOSPITALIER DÉPARTEMENTAL	BISCHWILLER
HOPITAL SAINT JOSEPH DE BITCHE	BITCHE
CLINIQUE AMBROISE PARE BONDY	BONDY
INSTITUT BERGONIE	BORDEAUX
CLINIQUE SAINT- AUGUSTIN	BORDEAUX
HOPITAL SAINT-ANDRE - CHU	BORDEAUX
GRUPE HOSPITALIER PELLEGRIN - CHU	BORDEAUX
C.H. MAURICE SELBONNE	BOUILLANTE
HU OUEST SITE AMBROISE PARE APHP	BOULOGNE BILLANCOURT
CH DE BOURBON L'ARCHAMBAULT	BOURBON L ARCHAMBAULT
CRRF LE BOURBONNAIS	BOURBON LANCY
SSR LES ARBELLES	BOURG EN BRESSE
CRF L'ORCET SITE DU CH DE FLEYRIAT	BOURG EN BRESSE
CENTRE MEDICAL LUPPACH	BOUXWILLER
CLINIQUE PASTEUR LANROZE	BREST
CSSR NOTRE DAME BRETENOUX	BRETENOUX
CENTRE MEDICAL CHANTOURS	BRIANCON
CENTRE DE SSR LES ABEILLES	BRIASTRE
MRC PARSAY - BREUIL/CHIZE	BRIEUIL SUR CHIZE
CENTRE HOSPITALIER DE BLIGNY	BRIIS SOUS FORGES
CENTRE HOSPITALIER DUBOIS BRIVE	BRIVE LA GAILLARDE
CLINIQUE SAINT-GERMAIN BRIVE	BRIVE LA GAILLARDE
HOPITAL PRIVE DE MARNE CHANTEREINE	BROU SUR CHANTEREINE
CRF LA TOUR DE GASSIES	BRUGES
HOPITAL PEDIATRIE REEDUCATION BULLION	BULLION
CTRE PSYCHO MARRONNIERS BULLY	BULLY LES MINES
POLYCL MEDIPOLE ST ROCH CABESTANY	CABESTANY
CH CALAIS	CALAIS
INFIRMERIE PROTESTANTE	CALUIRE ET CUIRE
CENTRE MEDICAL TOKI EDER	CAMBO LES BAINS
CENTRE MEDICAL ANNIE ENIA	CAMBO LES BAINS
CENTRE MEDICAL LANDOUZY	CAMBO LES BAINS
GCS GHICL CLINIQUE STE MARIE	CAMBRAI
CL DU SUD CARCASSONNE	CARCASSONNE

CH CARCASSONNE
CH JP CASSABEL
SSR CTRE LORDAT CASTELNAUDARY
CHIC CASTRES MAZAMET SITE AUTAN
CL CHRISTINA CHALABRE
CENTRE DE REED.FONCT.NOTRE-DAME
PÔLE SANTÉ LÉONARD DE VINCI
CH JURA SUD SITE CHAMPAGNOLE
CLINIQUE DE CHAMPIGNY
HOPITAL PRIVE PAUL D EGINE
CH BELAIR
CMSC FILIERIS DE CHARLEVILLE SOUS BOIS
CMPR DU SUD PARISIEN CHATILLON
RCRF LA MENAUDIERE - CHISSAY
MRC KORIAN OREGON - CIVRAY
HIA PERCY
CH CLAMECY
POLE SANTE REPUBLIQUE
CH PIERRE DELAROCHE
CENTRE DE READAPTATION DE COLMAR
CL DES PYRENEES COLOMIERS
CH SUD FRANCILIEN SITE JEAN JAURES
CL DES CEDRES CORNEBARRIEU
CLINIQUE DE FLANDRE
CLINIQUE HENRI GUILLARD - COUTANCES
CENTRE HOSPITALIER DE COUTANCES
CLINIQUE DES ACACIAS
CENTRE SSR PA CH DARNETAL
CLINIQUE JEAN LE BON
CH DOUAI DECHY
CH DECIZE
CH DIEPPE
DIEULEFIT SANTE
POLYCLINIQUE DU PARC DREVON
CLINIQUE SSR LES ROSIERS
CLCC GEORGES-FRANCOIS LECLERC
CH LOUIS PASTEUR DOLE
CTRE ORTHOPEDIQUE MEDICO CHIRURGICAL
POLYCLINIQUE NOTRE DAME
CH DUNKERQUE
NOUVELLE CLINIQUE VILLETTE SA
INSTITUT MEDICAL D ENNERY
HOP INTERCOM ENSISHEIM NEUF-BRISACH

CARCASSONNE
CASTELNAUDARY
CASTELNAUDARY
CASTRES
CHALABRE
CHAMALIERES
CHAMBRAY LES TOURS
CHAMPAGNOLE
CHAMPIGNY SUR MARNE
CHAMPIGNY SUR MARNE
CHARLEVILLE MEZIERES
CHARLEVILLE SOUS BOIS
CHATILLON
CHISSAY EN TOURAINNE
CIVRAY
CLAMART
CLAMECY
CLERMONT FERRAND
CLISSON
COLMAR
COLOMIERS
CORBEIL ESSONNES
CORNEBARRIEU
COUDEKERQUE BRANCHE
COUTANCES
COUTANCES
CUCQ
DARNETAL
DAX
DECHY
DECIZE
DIEPPE
DIEULEFIT
DIJON
DIJON
DIJON
DOLE
DRACY LE FORT
DRAGUIGNAN
DUNKERQUE
DUNKERQUE
ENNERY
ENSISHEIM

CH ANNECY-GENEVOIS SITE ANNECY
CENTRE HOSPITALIER D'EPERNAY
CHI E.DURKHEIM - PLATEAU DE LA JUSTICE
CH PERRAY VAUCLUSE
HOPITAL LOCAL D'ERSTEIN
CLINIQUE LOUIS PASTEUR
HOPITAL PRIVE PASTEUR EVREUX
CH EVREUX CH EURE-SEINE
CLINIQUE BERGOUIGNAN
CHI DU PAYS DES HAUTES FALAISES FECAMP
HOP FORCILLES FONDATION COGNACQ JAY
CH DU FOREZ SITE DE FEURS
CLINIQUE LES ESPERELS
CH DE FIRMINY
CENTRE HOSPITALIER DE FISMES
SSR DE FLAVIGNY - OHS
IRR CTRE DE READAPTATION POUR ENFANTS
NOUVELLE CLINIQUE BORDEAUX TONDU
CLINALLIANCE FONTENAY AUX ROSES
CLINIQUE SUD VENDEE
ETAB HOPALE - CENTRE SAINTE BARBE
HOPITAL FILIERIS DE FREYMING-MERLEBACH
CL ST LOUIS GANGES
HU PARIS SITE RAYMOND POINCARRE APHP
SITE JEANNE D'ARC GIEN - CHR ORLEANS
CH GIMONT
CH MONTGELAS
CLINIQUE SSR DE GLEIZE
CHI E. DURKHEIM - SITE DE GOLBEY
CH LOUIS CONTE GRAMAT
POLYCLINIQUE SAINT CHRISTOPHE
CENTRE HOSPITALIER GRAND-FOUGERAY
CLINIQUE ORSAC MONTFLEURI
CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE
GROUPE HOSPIT. MUTUALISTE DE GRENOBLE
CH GUISE
CH HAM
SSR CONCHA BERRI
CH HENIN BEAUMONT
CMPR BRETEGNIER HERICOURT
KORIAN LE TINAILLER
LE C.A.L.M.E. ILLIERS COMBRAY
INST UNIV READAPT CLEMENCEAU ILLKIRCH

EPAGNY METZ TESSY
EPERNAY
EPINAL
EPINAY SUR ORGE
ERSTEIN
ESSEY LES NANCY
EVREUX
EVREUX
EVREUX
FECAMP
FEROLLES ATTILLY
FEURS
FIGANIERES
FIRMINY
FISMES
FLAVIGNY SUR MOSELLE
FLAVIGNY SUR MOSELLE
FLOIRAC
FONTENAY AUX ROSES
FONTENAY LE COMTE
FOUQUIERES LES LENS
FREYMING MERLEBACH
GANGES
GARCHES
GIEN
GIMONT
GIVORS
GLEIZE
GOLBEY
GRAMAT
GRAND BOURG
GRAND FOUGERAY
GRASSE
GRASSE
GRENOBLE
GUISE
HAM
HENDAYE
HENIN BEAUMONT
HERICOURT
HURIGNY
ILLIERS COMBRAY
ILLKIRCH

CH PAUL ARDIER ISSOIRE	ISSOIRE
KORIAN LE MAS BLANC - JARNAC	JARNAC
CH JOIGNY	JOIGNY
CRF CLOS ST VICTOR - JOUÉ LÈS TOURS	JOUE LES TOURS
CENTRE MEDICAL SAINTE ANNE	JUNGHOLTZ
CH DES DEUX VALLEES SITE JUVISY	JUVISY SUR ORGE
CENTRE HOSPITALIER DE L'AIGLE	L'AIGLE
HOPITAL FONDATION CHANTEPIE MANCIER	L'ISLE ADAM
CLINIQUE CONTI	L'ISLE ADAM
CRFA LE COTEAU	LA CHAPELLE ST MESMIN
POLYCLINIQUE BLOIS	LA CHAUSSEE ST VICTOR
KORIAN LES TROIS TOURS	LA DESTROUSSE
CENTRE HOSPITALIER DE LA GUICHE	LA GUICHE
CLINIQUE SAINT CHARLES	LA ROCHE SUR YON
CLINIQUE DU CAP D'OR	LA SEYNE SUR MER
INSTITUT MEDICALISE DE MAR VIVO	LA SEYNE SUR MER
CENTRE HOSPITALIER D'ARCACHON	LA TESTE
INSTITUT HÉLIO- MARIN LABENNE	LABENNE
CRF STER LAMALOU LES BAINS	LAMALOU LES BAINS
POLYCLINIQUE DU TREGOR	LANNION
CH BUECH DURANCE LARAGNE	LARAGNE MONTEGLIN
CTRE DE READAPTATION LAY ST CHRISTOPHE	LAY ST CHRISTOPHE
HOPITAL SUBURBAIN DU BOUSCAT	LE BOUSCAT
C. H NORD CARAIBE - SITE CARBET	LE CARBET
CLINIQUE DES HETRES	LE CATEAU CAMBRESIS
CH GEORGES CLAUDINON	LE CHAMBON FEUGEROLLES CED
CH CHARTRES LOUIS PASTEUR-LE COUDRAY	LE COUDRAY
HOTEL DIEU DU CREUSOT	LE CREUSOT
CLINIQUE DE CHOISY	LE GOSIER
CENTRE DE CONVALESCENCE LES JONQUILLES	LE HAVRE
HOPITAL GUSTAVE FLAUBERT CH LE HAVRE	LE HAVRE
HU PARIS SUD SITE KREMLIN BICETRE APHP	LE KREMLIN BICETRE
CH SEVRE ET LOIRE- LOROUX BOTTEREAU	LE LOROUX BOTTEREAU
CLINIQUE DU TERTRE ROUGE	LE MANS
CLINIQUE DU PRE	LE MANS
CENTRE MEDICO CHIRURGICAL DU MANS	LE MANS
CENTRE HOSPITALIER DU MANS	LE MANS
HOPITAL MARIE LANNELONGUE	LE PLESSIS ROBINSON
CLINIQUE LES TAMARINS OUEST	LE PORT
CLINIQUE LES ORCHIDEES	LE PORT
CLINIQUE LES DRAGS	LE TOUQUET PARIS PLAGES
CH LENS	LENS
C.H.U. DE POINTE-A-PITRE/ABYMES	LES ABYMES

CLINIQUE CHIRURGICALE PORTE OCEANE
CENTRE HOSPITALIER COTE DE LUMIÈRE
CENTRE DIALYSE ECHO OLLONNES SUR MER
INSTITUT FRANCO BRITANNIQUE KLEBER
CH LEVROUX
CHS LEYME CHS JP FALRET
CENTRE DE REEDUCATION AVICENNE
MAISON MEDICALE JEAN XXIII
C H U DUPUYTREN LIMOGES
CLINIQUE FRANCOIS CHENIEUX
CLINIQUE EMAILLEURS-COLOMBIER LIMOGES
CH LIMOUX QUILLAN SITE DE LIMOUX
MAISON REPOS ET CONVALESCENCE DE LOLME
CHI LOMBEZ SAMATAN
CH DES DEUX VALLEES SITE LONGJUMEAU
CH LONS
CH LOUVIERS CHI ELBEUF
GCS CENTRE SMR AMBRUSSUM LUNEL
CH POLE DE SANTE DE LUNEL
CLINIQUE JEANNE D'ARC
GH HAUTE SAONE SITE LURE
CENTRE MEDICAL LALANCE
GH HAUTE SAONE SITE LUXEUIL
SSR LES LILAS BLEUS
CLINIQUE DE LA SAUVEGARDE
ANNEXE BONVERT CH ROANNE
CLINIQUE DES AUGUSTINES
CENTRE HOSPITALIER MAMERS
CLINIQUE TOUTES AURES
HOPITAL ST FRANCOIS - MARANGE-SILVANGE
CLINIQUE JUGE
HOPITAL PRIVE CLAIRVAL
CLINIQUE CHANTECLER
HIA LAVERAN
CH DE MAUVEZIN
CLINIQUE SAINT JEAN L'ERMITAGE
HOPITAL BELLE-ISLE DE METZ - HPM
CHI CASTELSARRASIN MOISSAC SITE MOISSA
HOPITAL LOCAL DE MOLSHEIM
CH DU BELVEDERE MONT-SAINT-AIGNAN
CL ST ANTOINE
SSR CL AL SOLA MONTBOLO
CH DU FOREZ SITE DE MONTBRISON

LES SABLES D'OLONNE
LES SABLES D'OLONNE
LES SABLES D'OLONNE
LEVALLOIS PERRET
LEVROUX
LEYME
LIBOURNE
LILLE
LIMOGES
LIMOGES
LIMOGES
LIMOGES
LIMOUX
LOLME
LOMBEZ
LONGJUMEAU
LONS LE SAUNIER
LOUVIERS
LUNEL
LUNEL
LUNEVILLE
LURE
LUTTERBACH
LUXEUIL LES BAINS
LYON
LYON
MABLY
MALESTROIT
MAMERS
MANOSQUE
MARANGE SILVANGE
MARSEILLE
MARSEILLE
MARSEILLE
MARSEILLE
MAUVEZIN
MELUN
METZ
MOISSAC
MOLSHEIM
MONT ST AIGNAN
MONTARNAUD
MONTBOLO
MONTBRISON

CENTRE HOSPITALIER JEAN BOUVERI	MONTCEAU LES MINES
CTRE PEDIA ST JACQUES MPR MONTEGUT	MONTEGUT
CH PORTES PROVENCE MONTELMAR	MONTELMAR
CLINIQUE SOLIS DE MONTEVRAIN	MONTEVRAIN
GHI LE RAINCY MONTFERMEIL	MONTFERMEIL
KORIAN MONTPRIBAT	MONTFORT EN CHALOSSE
CH DE BROCELIANDE SITE DE MONFORT	MONTFORT SUR MEU
CH DE MONTLUCON	MONTLUCON
CL BEAU SOLEIL MONTPELLIER	MONTPELLIER
POLYCL ST ROCH MONTPELLIER	MONTPELLIER
ICM MONTPELLIER	MONTPELLIER
CHI ANDRE GREGOIRE	MONTREUIL
CLINIQUE ALMA SANTE	MONTROND LES BAINS
CH LEON BERARD MOREZ	MOREZ
CH PAUL NAPPEZ MORTEAU	MORTEAU
HP A. TZANCK MOUGINS SOPHIA ANTIPOLIS	MOUGINS
CHI HVM SITE DES 5 VALLEES	MOYENMOUTIER
HOPITAL ST MAURICE ASSPO	MOYEVRE GRANDE
CLINIQUE DIACONAT ROOSEVELT	MULHOUSE
CLINIQUE DIACONAT FONDERIE	MULHOUSE
CL D'OCCITANIE MURET	MURET
LES MAISONS HOSPITALI. SITE NANCY	NANCY
CENTRE DE REEDUCATION FLORENTIN	NANCY
INST REGIONAL DE READAPTATION NANCY	NANCY
SSR ROZ ARVOR	NANTES
LES QUATRE FONTAINES KORIAN NARBONNE	NARBONNE
CH DE NERIS LES BAINS	NERIS LES BAINS
GHU PARIS SITE NEUILLY SUR MARNE	NEUILLY SUR MARNE
HOPITAL AMERICAIN	NEUILLY SUR SEINE
CENTRE DE CONVALESCENCE ATLANTIS	NICE
POLYCLINIQUE SANTA MARIA	NICE
CHU DE NICE HOPITAL PASTEUR	NICE
CHU DE NICE HOPITAL DE L'ARCHET	NICE
MAISON DE CONVALESCENCE LA SERENA	NICE
CLINIQUE SAINT ANTOINE	NICE
CHU DE NICE HOPITAL DE CIMIEZ	NICE
CENTRE ANTOINE LACASSAGNE	NICE
CLINIQUE SAINT GEORGE	NICE
HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES	NICE
HOPITAL PRIVE LES FRANCISCAINES NIMES	NIMES
MELIORIS LE GRAND FEU	NIORT
POLYCLINIQUE D'INKERMANN	NIORT
MAISON DE SANTE AMRESO BETHEL	OBERHAUSBERGEN

NOUVEL HOPITAL D'OBERNAI	OBERNAI
POLYCLINIQUE MUTUALISTE MALARTIC	OLLIOULES
CH JURA SUD PIERRE FUTIN ORGELET	ORGELET
CHR ORLÉANS - HÔPITAL DE LA SOURCE	ORLEANS
CH SAINT LOUIS ORNANS	ORNANS
CH D ORSAY	ORSAY
CH DU PAYS CHAROLAIS BRIONNAIS	PARAY LE MONIAL
HOPITAL FONDATION A DE ROTHSCHILD	PARIS
GHU PARIS SITE AVRON	PARIS
CH MAISON BLANCHE HAUTEVILLE	PARIS
CH BICHAT MAISON BLANCHE-CTRE CHRONOS	PARIS
GHU PARIS SITE LASALLE	PARIS
AURA PARIS PLAISANCE	PARIS
GHU PARIS SITE HENRY EY	PARIS
HU PARIS IDF SITE SAINTE PERINE APHP	PARIS
HOPITAL DE LA CROIX SAINT SIMON	PARIS
CLINIQUE GEOFFROY SAINT HILAIRE	PARIS
CLINIQUE DU SPORT	PARIS
CLCC INSTITUT CURIE	PARIS
HU EST PARISIEN SITE ROTHSCHILD APHP	PARIS
HU EST PARISIEN SITE ST ANTOINE APHP	PARIS
HU EST PARISIEN SITE TROUSSEAU APHP	PARIS
HOPITAL DES DIACONESSES	PARIS
HU PITIE SALPETRIERE APHP	PARIS
CH SAINTE ANNE	PARIS
CENTRE HOSPITALIER DE BELVES	PAYS DE BELVES
CENTRE DELESTRAINT FABIEN	PENNE D'AGENAIS
POLYCLINIQUE FRANCHEVILLE	PERIGUEUX
PSR BOUFFARD VERCELLI SITE CHPERPIGNAN	PERPIGNAN
HOPITAL PRIVE SAINT-MARTIN	PESSAC
HOPITAL XAVIER ARNOZAN - CHU	PESSAC
HOPITAL HAUT-LEVEQUE - CHU	PESSAC
KORIAN VALDONNE	PEYPIN
CENTRE HOSPITALIER DE PFASTATT	PFASTATT
CH PITHIVIERS	PITHIVIERS
CH PUBLIC HAUTEVILLE - UNITE ESPERANCE	PLATEAU D'HAUTEVILLE
CH PUBLIC HAUTEVILLE - UNITE ALBARINE	PLATEAU D'HAUTEVILLE
CENTRE DE REEDUCATION MANGINI	PLATEAU D'HAUTEVILLE
GCS CLINIQUE DU TER	PLOEMEUR
POLYCLINIQUE DE POITIERS	POITIERS
CLINIQUE ST CHARLES - MAIS. DE CONVAL.	POITIERS
CRCPFC LA GRANGE SUR LE MONT	PONT D HERY
ETABLISSEMENT DE SOINS HOTEL DIEU	PONT L ABBE

CH PONT-SAINTE-MAXENCE	PONT STE MAXENCE
CHI HC SITE RIVES DU DOUBS PONTARLIER	PONTARLIER
BTP RESIDENCE MEDICO SOCIALES	PONTAULT COMBAULT
CENTRE HOSPITALIER DE L'ESTRAN	PONTORSON
MAISON DE CURE DU MONTOLON	PRIVAS
CH DE PRIVAS ARDECHE	PRIVAS
CH LIMOUX QUILLAN SITE DE QUILLAN	QUILLAN
CLIN MUTUALISTE BRETAGNE OCCIDENTALE	QUIMPER
CH DE RAMBOUILLET	RAMBOUILLET
HOPITAL ROBERT DEBRE CHU REIMS	REIMS
CENTRE HOSPITALIER DE REMIREMONT	REMIREMONT
CLINIQUE SAINT YVES	RENNES
UNITE DIALYSE PONTCHAILLOU RENNES AUB	RENNES
POLYCLINQUE SAINT LAURENT	RENNES
CH DE RIOM	RIOM
CH DE ROANNE	ROANNE
HOPITAUX DROME NORD - ROMANS-SUR-ISERE	ROMANS SUR ISERE
CH ROMORANTIN-LANTHENAY	ROMORANTIN LANTHENAY
HOPITAL LOCAL DE ROSHEIM	ROSHEIM
HOPITAL VICTOR PROVO	ROUBAIX
CRLCC HENRI BECQUEREL ROUEN	ROUEN
CLINIQUE MATHILDE ROUEN	ROUEN
CLINIQUE SAINT-HILAIRE ROUEN	ROUEN
CENTRE HOSPITALIER DE ROUFFACH	ROUFFACH
HOPITAL GABRIEL DEPLANTE	RUMILLY
CENTRE D'HEMODIALYSE Institut ARNAULT TZANCK	SAINT LAURENT DU VAR
CLINIQUE SUR MOREAU	SAINTE
SOINS DE SUITE ET RÉADAPT LE RECONFORT	SAIZY
CRF EN MILIEU THERMAL	SALIES DE BEARN
HOPITAUX DU MONT BLANC SITE SALLANCHES	SALLANCHES
CLINIQUE KORIAN LES PALMIERS	SALON DE PROVENCE
HOPITAL DU PAYS SALONNAIS	SALON DE PROVENCE
ORELIANCE - REINE BLANCHE	SARAN
ORELIANCE - LONGUES ALLEES	SARAN
MRC LA CIGOGNE	SARAN
CH SAINT-NICOLAS DE SARREBOURG	SARREBOURG
HOPITAL ROBERT PAX DE SARREGUEMINES	SARREGUEMINES
CLINIQUE SAINT-LUC	SCHIRMECK
CRF SCHIRMECK	SCHIRMECK
CH SECLIN	SECLIN
CENTRE HOSPITALIER DE SELESTAT	SELESTAT
MAISON DE REPOS ET CONVAL. LA LOUVIERE	SENONES
CLINIQUE PAUL PICQUET SENS	SENS

CH SENS	SENS
SAINT JEAN CENTRE SSR	SENTHEIM
HOPITAL ST CLAIR HBT SETE	SETE
CH SOMAIN	SOMAIN
CAPIO CLINIQUE FONTVERT AVIGNON NORD	SORGUES
HOPITAL INTERCOM DE SOULTZ ISSENHEIM	SOULTZ HAUT RHIN
CH SAINT- AMAND LES EAUX	ST AMAND LES EAUX
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-ASTIER	ST ASTIER
CLINIQUE MEGIVAL	ST AUBIN SUR SCIE
CLINIQUE DE LA PAIX	ST BENOIT
CH ST JACQUES ST CERE	ST CERE
CH LOUIS JAILLON SAINT CLAUDE	ST CLAUDE
CRF STER ST CLEMENT DE RIVIERE	ST CLEMENT DE RIVIERE
CLCC RENE HUGUENIN INSTITUT CURIE	ST CLOUD
CH GENERAL DELAFONTAINE	ST DENIS
CENTRE CARDIOLOGIQUE DU NORD	ST DENIS
CHI HMV - SITE SAINT DIE DES VOSGES	ST DIE DES VOSGES
CL ST JOSEPH DE SUPERVALTECH ST ESTEVE	ST ESTEVE
CL LA PINEDE ST ESTEVE	ST ESTEVE
CLINIQUE MUTUALISTE MFL SSAM	ST ETIENNE
CHP SAINT GREGOIRE	ST GREGOIRE
CENTRE HOSPITALIER 'FRANCK-JOLY'	ST LAURENT DU MARONI
INSTITUT ARNAULT TZANCK	ST LAURENT DU VAR
HOPITAL DR RENE BARRIERE ST LEONARD	ST LEONARD DE NOBLAT
CH ARIEGE COUSERANS SITE ST LIZIER	ST LIZIER
POLYCLINIQUE DE LA MANCHE - SAINT-LO	ST LO
CH MEMORIAL - SAINT-LO	ST LO
HIA BEGIN	ST MANDE
CENTRE MCO COTE D'OPALE	ST MARTIN BOULOGNE
CLINIQUE GASTON METIVET	ST MAUR DES FOSSES
CH DE SAINT NAZAIRE	ST NAZAIRE
CLINIQUE MUTUALISTE DE L'ESTUAIRE	ST NAZAIRE
CH OUEST REUNION	ST PAUL
C. H NORD CARAIBE - SITE SAINT PIERRE	ST PIERRE
CLINIQUE LES TAMARINS SUD	ST PIERRE
HOPITAL LA MUSSE ST SEBASTIEN/MORSENT	ST SEBASTIEN DE MORSENT
CENTRE HOSPITALIER DE SAINT SEVER	ST SEVER
HL SAINT-VALERY-EN-CAUX	ST VALERY EN CAUX
CH CHIBS SAINT-VALERY-SUR-SOMME	ST VALERY SUR SOMME
HOPITAUX DROME NORD - SAINT-VALLIER	ST VALLIER
CTRE DE CONVALESCENCE DE LA ROSERAIE	STE ADRESSE
CLINIQUE STE-CLOTILDE	STE CLOTILDE
CENTRE HOSPITALIER STE FOY LA GRANDE	STE FOY LA GRANDE

HOPITAL INTERCOMMUNAL DU VAL D'ARGENT	STE MARIE AUX MINES
INST UNIV READAPT CLEMENCEAU STRASBG	STRASBOURG
CLINIQUE SAINTE-BARBE	STRASBOURG
CLINIQUE SAINTE-ANNE	STRASBOURG
CLINIQUE DE LA TOUSSAINT	STRASBOURG
CH SULLY-SUR-LOIRE	SULLY SUR LOIRE
CLINIQUE MUTUALISTE BENIGNE JOLY	TALANT
CLINIQUE KORIAN LES DEUX LYS	THYEZ
CENTRE HOSPITALIER DU TONNERROIS	TONNERRE
CENTRE HOSPITALIER SAINT CHARLES TOUL	TOUL
CHITS CH SAINTE MUSSE	TOULON
HIA SAINTE ANNE	TOULON
CL MEDIPOLE GARONNE TOULOUSE	TOULOUSE
CL AMBROISE PARE TOULOUSE	TOULOUSE
HOPITAL JOSEPH DUCUING TOULOUSE	TOULOUSE
CL NEPHRO ST EXUPERY TOULOUSE	TOULOUSE
CENTRE HOSPITALIER BELNAY	TOURNUS
CH DPT COEUR DU BOURBONNAIS TRONGET	TRONGET
CRF DE HAUTE PROVENCE L'EAU VIVE	TURRIERS
CH UZES	UZES
CH SAINT CHARLES DE VALENCAY	VALENCAY
INSTITUT ROBERT MERLE D'AUBIGNE	VALENTON
INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE LORRAINE	VANDOEUVRE LES NANCY
HOPITAL ROBERT SCHUMAN DE VANTOUX -HPM	VANTOUX
KORIAN LA BRESSANE	VARENNES ST SAUVEUR
L'OLIVERAIE DES CAYRONS	VENCE
CLINIQUE DU SAINT COEUR - VENDOME	VENDOME
CH VERNON CH EURE-SEINE	VERNON
CH SEVRE ET LOIRE - VERTOU	VERTOU
GH HAUTE SAONE SITE VESOUL	VESOUL
CL MONIE VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS	VILLEFRANCHE DE LAURAGAIS
HU PARIS SUD SITE PAUL BROUSSE AHPH	VILLEJUIF
CHI LUCIE ET RAYMOND AUBRAC	VILLENEUVE ST GEORGES CEDE
CENTRE HOSPITALIER DE VIRE	VIRE
CLINIQUE NOTRE DAME - VIRE	VIRE NORMANDIE
CHI DE L'OUEST VOSGIEN SITE DE VITTEL	VITTEL
CH WATTRELOS	WATTRELOS
