

UNIVERSITE Jean MONNET – Saint-Etienne
CPias ARA

**Evaluer les pratiques professionnelles lors de la
gestion des excréta : intérêt pour améliorer
les pratiques**

***Evaluating professional practices during excreta
management: interest in improving practices***

Par ZELINDRE Sylvie

Mémoire présenté en vue de l'obtention du

**DIPLOME UNIVERSITAIRE
D'INFIRMIER EN HYGIENE**

Directeur de mémoire : Pascale BATTAGLIOTTI

Octobre 2025

Remerciements

Je tiens à témoigner toute ma reconnaissance à tous ceux, qui de près ou de loin, ont contribué à l'aboutissement de ce mémoire.

J'adresse mes sincères remerciements à ma directrice de mémoire, Mme Pascale BATTAGLIOTTI, d'avoir accepté cette mission un peu au pied levé mais surtout pour ses précieux conseils tant en matière rédactionnelle que sur la construction d'une grille d'audit.

Je remercie ma cadre supérieure de santé attachée à la direction des soins infirmiers, Mme Florence FRADIN, pour le temps et la liberté dont j'ai pu disposer pour réaliser les enquêtes de terrain au sein de l'établissement hospitalier qui m'emploie.

Je remercie les cadres de santé et mes collègues pour leur participation aux enquêtes et leur investissement dans la mise en place des actions au sein de leurs services respectifs.

Je remercie la secrétaire de direction, Mme Zélie BRILLON et notre agent administratif en reproduction, Mme Isabel GROS, pour leurs précieux conseils de mise en page et de rédaction.

Je remercie notre responsable des agents hospitaliers, Marianne PERREAND, qui m'a toujours encouragée et s'est beaucoup investie à mes côtés dans mes missions quotidiennes, me permettant ainsi de libérer du temps.

Enfin, je remercie mon entourage familial et amical, que j'ai un peu délaissé ces derniers temps et qui a su m'encourager dans la poursuite de mes études.

Abréviations

ARA	Auvergne-Rhône-Alpes
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-soignant
ASH	Agent des Services Hospitaliers
BHRe	Bactérie Hautement Résistante aux antibiotiques émergentes
BMR	Bactérie Multi Résistante aux antibiotiques
CCLIN	Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales
CHPH	Centre Hospitalier Public d'Hauteville
CLIN	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CPias	Centre d'appui pour la Prévention des infections associées aux soins
DAS	Déchets Associés aux Soins
DASRI	Déchets d'Activités de Soins à Risque Infectieux
E-BLSE	Entérobactéries productrices de Bêta-Lactamases à Spectre Etendu
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETAS	Evènement Indésirable Associé aux Soins
EMH	Equipe Mobile d'Hygiène
EOHH	Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière
EPC	Entérobactéries Productrices de Carbapénémases
EPI	Equipement de Protection Individuel
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
ERG	Entérocoques Résistants aux Glycopeptides
ERV	Entérocoques Résistants à la Vancomycine
ES	Etablissement de Santé
FFAS	Faisant Fonction d'Aide-Soignant
GEA	Gastro Entérite Aiguë
HAS	Haute Autorité de Santé
HCSP	Haut Conseil de la Santé Publique
HDM	Hygiène des Mains
IAS	Infections Associées aux Soins

ICD	Infections à <i>Clostridioides difficile</i>
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
IFAS	Institut de Formation d'Aides-Soignants
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
InVS	Institut de Veille Sanitaire
LD	Laveurs désinfecteurs
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MPR	Médecine Physique et de Réadaptation
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PCC	Précautions Complémentaires Contact
PHA	Produit Hydro-Alcoolique
Propias	Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins
RéPia	Réseau de Prévention des infections et de l'antibiorésistance
RéPIAS	Réseau de Prévention des Infections Associées aux Soins
SARM	Staphylococcus Aureus Résistant à la Méricilline
SF2H	Société Française d'Hygiène Hospitalière
SHA	Solution Hydro-Alcoolique
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
UU	Usage Unique

Sommaire

I)	Introduction	1
II)	Contexte.....	2
	2.1 – Présentation de l'établissement	2
	2.2 – Les différents supports en hygiène	3
	a) Les correspondants en hygiène.....	3
	b) Les protocoles	3
	c) Le matériel, les locaux et les moyens humains	4
	d) Les professionnels.....	7
	e) Les formations	7
III)	Cadre de référence.....	10
	3.1 - Cadre théorique	10
	a) Définitions.....	10
	b) Généralités sur les types d'infections générées par les excréta	11
	c) Les recommandations	15
	3.2 – Cadre conceptuel	17
	3.3 – Cadre réglementaire	18
IV)	Etude de terrain	21
	4.1 - Champs d'application (critères d'inclusion et d'exclusion)	22
	4.2 - Référentiel	23
	4.3 - Mode de recueil	24
	4.4 - Critères évalués	24
	4.5 - Organisation de l'enquête	25
	4.6 - Saisie des données.....	26
V)	PRESENTATION DES RESULTATS	27
	5.1 - Résultats de l'audit d'observation des ressources	27
	5.2 - Résultats de l'audit d'observation des pratiques	42

VI)	Exploitation des résultats.....	59
6.1	- Analyse et discussion	59
a)	Points forts	67
b)	Limites	67
c)	Perspectives futures	68
6.2	- Le programme d'action	69
VII)	Conclusion.....	72

I) Introduction

Infirmière depuis décembre 2011, j'ai exercé dans les différents services de mon établissement, le Centre Hospitalier Public d'Hauteville (CHPH). En poste de nuit durant 8 mois, j'ai ensuite intégré le service du Sepsis durant 2 ans et demi. C'est à cette occasion qu'en 2012, j'ai rejoint l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière (EOHH) en qualité de correspondante en hygiène. Ayant un réel intérêt pour l'hygiène, la prévention, la gestion et le contrôle du risque infectieux, j'ai poursuivi mes fonctions de correspondante en hygiène dans mes différentes affectations, à savoir sur le pool infirmier ce qui m'a permis de connaître tous les services de mon établissement. J'ai ensuite exercé dans le service de soins de suite gériatriques de 2016 jusqu'en 2023.

Au départ en retraite de l'infirmière hygiéniste, j'ai obtenu ce poste à mi-temps en 2023, puis à plein temps en 2024. J'ai pu de ce fait, pleinement collaborer à la dernière visite de certification pour la partie sanitaire en 2023 et pour la partie Etablissement Médico-Social (EMS) en 2024.

II) Contexte

2.1 – Présentation de l'établissement

Le CHPH est un centre hospitalier situé à Hauteville-Lompnès dans l'Ain à 900 mètres d'altitude. Depuis le 1^{er} janvier 2000, date de la fusion des 3 établissements hospitaliers publics de la commune, il emploie 524 agents dont 75 postes infirmiers, 97 postes d'aides-soignants et 9 postes de faisant fonction d'aides-soignants.

Un Institut de Formation en Soins Infirmiers et d'Aides-Soignants (IFSI/IFAS) du Bugey, d'une capacité d'accueil de 236 étudiants et élèves, y est rattachée. Ces derniers viennent réaliser leurs stages dans notre établissement.

Le CHPH dépend d'un Groupement Hospitalier de Territoire (GHT), Bresse – Haut Bugey, dont l'établissement support est le Centre Hospitalier de Fleyriat à Bourg-en-Bresse.

Le Commission Médicale d'Etablissement (CME) du CHPH n'a actuellement pas de sous-commission de Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). L'EOHH est constituée d'un praticien en hygiène à 20 % (ce qui correspond à une journée par semaine) et d'une infirmière en hygiène à 100 %, qui gère trois structures du CHPH qui sont :

- **Bellecombe-Albarine** appelé plus communément l'Albarine, est un ancien sanatorium reconverti en centre hospitalier en 1973. C'est à ce jour le bâtiment principal. Il est composé de 120 lits et possède des activités de médecine et de rééducation (pneumologie, sepsis, douleurs et soins palliatifs, gériatrie, nutrition obésité et consultations externes). Il intègre également un Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), composé de 69 lits, « L'Orée des Sapins ».

Une gouvernante a la responsabilité de l'équipe des Agents de Service Hospitalier (ASH). Les ASH sont chargés du bionettoyage et entre autres des façades extérieures des lave-bassins.

Un service de lingerie est en charge du nettoyage du linge des résidents et des patients sur facturation. L'entretien des tenues professionnelles, les draps et petit linge (serviettes, gants, taies d'oreillers) sont sous-traités.

- **L'Interdépartemental** appelé plus communément Inter, est un ancien sanatorium reconverti en centre de rééducation dans les années 70. Il comprend

80 lits de médecine et de rééducation locomoteur (Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), médecine du sport). De nombreux sportifs de haut niveau y ont bénéficié d'une rééducation et des articles de presse ont fait mention de la qualité de la prise en charge de cette unité.

- **L'Espérance**, ancien sanatorium reconverti en 1969 en établissement spécialisé en pneumologie, soins intensifs respiratoires et alcoologie, est désormais dédié à la prise en charge des troubles addictifs, notamment l'alcoologie associée ou non à d'autres substances psycho actives. Il comprend 44 lits répartis comme suit :

- 8 lits sont réservés aux patients pour un sevrage simple (12 jours),
- 36 lits sont au bénéfice de patients admis pour des Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) pour une durée de 4 semaines (incluant le sevrage si nécessaire).

2.2 – Les différents supports en hygiène

a) Les correspondants en hygiène

Afin de mettre en œuvre des actions de prévention et de surveillance des infections nosocomiales au sein de l'établissement et conformément à la circulaire DGS/DHO S/E 2 n°2000-645 du 29 décembre 2000 ⁽⁵⁾, un réseau de 21 correspondants en hygiène représentant tous les services des 3 unités du CHPH se réunit une fois par trimestre. Il est constitué de 6 infirmiers diplômés d'état (IDE), 10 aides-soignants (AS), 1 faisant fonction d'aide-soignante (FFAS), 1 kinésithérapeute, 1 manipulatrice radio, 1 aide-kiné et 1 gouvernante. A l'issue, le compte-rendu est diffusé sur BlueKanGo (logiciel de référence pour gérer la santé et les risques en santé). Il est accessible à tous les agents via un code personnel (première lettre du prénom accolée au nom de l'agent) et un mot de passe personnalisé par l'agent.

b) Les protocoles

Concernant la gestion des excréta, le CHPH possède dans sa base documentaire sur BlueKanGo, deux procédures validées par la praticienne en hygiène :

- . « Maîtrise du risque infectieux et gestion des excréta » [Annexe 1],

. « Elimination des excreta et utilisation des laveurs désinfecteurs de bassin » [Annexe 2].

Ces procédures permettent aux soignants de connaître les pratiques attendues afin de prévenir la transmission des germes d'origine digestive, de savoir utiliser les équipements mis à leur disposition, (tant pour le recueil des excreta, que les Equipements de Protection Individuelle (EPI)), d'effectuer le bionettoyage de l'environnement en application des précautions standard et des recommandations de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H). *« Nous accordons une importance particulière aux pièces des zones 3 qui génèrent le plus de risque infectieux tels que les blocs sanitaires du fait de l'évacuation des eaux de toilettes et des excreta. »* ⁽²²⁾

c) Le matériel, les locaux et les moyens humains

Il est recommandé de mettre à disposition un lave-bassin pour 12 lits en MCO et un lave-bassin pour 20 à 25 lits en établissement de santé ⁽¹²⁾. Aussi, un lave-bassin thermique conforme aux exigences particulières relatives aux laveurs désinfecteurs (LD), soit la norme EN ISO 15883-3 (2009) ⁽¹¹⁾ a été installé dans les différentes unités du CHPH, à l'exception de :

- l'unité Espérance où les patients sont autonomes en matière d'élimination,
- la structure fermée de l'EHPAD de l'Orée des Sapins où les résidents ne sont pas en capacité de solliciter le personnel quand un besoin se fait ressentir et sont majoritairement porteurs de protection à usage unique.

Le parc des lave-bassins est composé actuellement de huit machines réparties sur différentes unités [Annexe 3].

Les paramédicaux (IDE, AS et FFAS) et les agents des services hospitaliers (ASH) assurent le bionettoyage quotidien des appareils. Les aides-soignants procèdent au changement des liquides de rinçage à l'apparition d'un message sur l'écran du laveur-désinfecteur et réalisent une vérification du niveau du produit une fois par semaine (le lundi). Un cycle à vide est à réaliser une fois par jour, il permet la réalisation d'un auto-nettoyage de la cuve, d'autant que certains appareils sont peu sollicités. Une fiche de traçabilité [Annexe 4] permet l'observation des actions précédemment nommées : le bionettoyage, la gestion du produit de rinçage et son éventuellement remplacement et le cycle à vide.

Les contenants admissibles dans les laveurs désinfecteurs de bassins sont : les bassins, les bassins de chaise garde-robe, les urinaux masculins et féminins, les urinaux avec valve anti-reflux et les pots à recueil d'urines. Le renouvellement du parc de ces contenants est assuré par le cadre de santé de l'unité, auprès du magasin central de l'établissement, à la demande des agents quand ils constatent la vétusté d'un matériel (strié, rayé, ternis, poreux, reste taché malgré plusieurs cycles en lave-bassin). « *Leur quantité nécessaire doit être régulièrement évaluée, leur état doit être aussi évalué (repérer les surfaces abimées pouvant compromettre leur l'entretien même en lave bassins) et le remplacement anticipé.* » ⁽⁴⁴⁾

Afin de se protéger et éviter la transmission croisée, les professionnels disposent d'EPI pour la gestion des excréta, selon la recommandation 21 des précautions standard ⁽³⁾, à savoir : des gants en vinyle (disponibles de la taille S à la taille XL), des tabliers plastiques à usage unique et de surblouses pour satisfaire aux recommandations de précautions complémentaires. Pour parfaire ces équipements, l'hygiène des mains peut être assurée à l'aide de distributeurs de solution hydro-alcoolique disponibles dans toutes les chambres des patients/résidents et dans les zones de dépose ou de décontamination des contenants. Toutes les chambres des patients/résidents sont équipées d'un point d'eau, d'un distributeur de savon doux et de papier d'essuyage à usage unique pour permettre la réalisation d'un lavage des mains en cas de souillures.

Le service technique basé à l'Inter est commun aux trois structures. Il est en charge des interventions sur les lave-bassins afin de répondre au critère du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) qui stipule qu'« *une maintenance régulière des lave-bassins doit être mise en place par les établissements de santé* » ⁽²¹⁾. Aussi, les agents du service technique interviennent de manière préventive (maintenance annuelle ou tous les 5 000 cycles) et corrective en cas de panne. Un logiciel informatique permet de centraliser les demandes d'interventions ainsi qu'un suivi des opérations de maintenance.

En cas de panne des lave-bassins ou de selles infectieuses (GEA, BHRe, *Clostridioides difficile*), des sacs protecteurs avec gélifiant à usage unique sont mis à disposition (depuis fin 2015 au CHPH) et permettent l'élimination des excréta sans vidange préalable du contenant. « *L'utilisation d'un sac protecteur contenant un produit ou un tampon gélifiant permet de diminuer la contamination des bassins ou*

des urinaux » ⁽²⁴⁾. Ils sont disponibles auprès du magasin central et sont compatibles avec les urinaux, bassins et seaux.

A l'Albarine, toutes les chambres sont équipées de sanitaires individuels, même dans les chambres doubles. A l'Inter, comme à l'Espérance, seules les chambres simples bénéficient d'un sanitaire individuel. Toutefois, il n'existe plus de douchettes pour rincer les contenants à excréta dans les cabinets de toilette selon la recommandation 28 des précautions standard ⁽³⁾. Seuls les douches et lavabos permettent d'accéder à un point d'eau.

Les locaux permettant la gestion des excréta sont :

- . Un **local lave-bassin** avec une zone de dépose. Il est équipé d'un distributeur de solution hydro-alcoolique, d'un collecteur de déchets associés aux soins (DAS) et de gants à usage unique.

- . Un **local de rangement** des équipements propres, distinct de la zone sale. Il permet de ranger les différents contenants après leur cycle en lave-bassin.

- . Un **local de décontamination** qui permet l'immersion du matériel dans une solution détergente-désinfectante en cas de défectuosité du lave-bassin.

- . Un **local de stockage** de matériel dans chaque unité de soins où l'on trouve des EPI et des sacs protecteurs à usage unique.

- . Une **zone pour se laver les mains**, en cas de souillures, est à proximité des lave-bassins. Elle comprend un distributeur de savon doux, du papier d'essuyage à usage unique et une poubelle Déchets Associés aux Soins (DAS).

Depuis 2015, un projet de mise en conformité des locaux pour les lave-bassins a été mené par l'infirmière hygiéniste qui était en poste afin de suivre les préconisations⁽⁴⁴⁾. Le projet était de condamner un local sanitaire afin d'y mettre le lave-bassin de chaque service. Cela permettait de laisser un point d'eau pour se laver les mains, une zone de dépose des contenants sales et une zone propre pour le stockage du matériel. Elle appuyait son argumentation sur le fait que l'établissement étant spécialisé dans la réadaptation des sepsis ostéo-articulaire il héberge des patients avec des traitements antibiotiques lourds et au long court, favorisant ainsi l'émergence des BMR/BHRe ou de *Clostridioides difficile*. Elle avait constaté un parc de lave-bassins vieillissant et des locaux inadaptés. A ce jour, ce projet est toujours en pourparlers, mais n'a pas abouti.

d) Les professionnels

Les professionnels habilités à gérer les excréta au sein de nos unités sont les paramédicaux et les étudiants habilités à réaliser cet acte. Les FFAS interviennent uniquement à l'EHPAD l'Orée des Sapins. Ces agents n'ont pas de formation de base et bénéficient à leur arrivée dans le service d'un compagnonnage par une aide-soignante référente. J'évalue les pratiques de ce personnel après quelques semaines dans le service, mais uniquement sur la réalisation d'une toilette chez un résident.

La formation des derniers FFAS intégrés à l'établissement demeure une difficulté. Nous constatons un fort turn-over de ces professionnels. Sur la période de 2023 à 2024 : un total de 19 FFAS a été recruté. A ce jour, seuls 11 FFAS sont encore en poste, dont 2 ont intégré l'Institut de Formation d'Aide-Soignant (IFAS), ce qui représente plus que 9/19 FFAS encore dans les services.

e) Les formations

Les professionnels nouvellement arrivés bénéficient d'une journée d'intégration au cours de laquelle une information à l'hygiène est dispensée sur $\frac{3}{4}$ d'heure. La gestion des excréta, l'hygiène des mains, le port des EPI et la transmission croisée sont explicités. En 2024, 63 personnes ont bénéficié de ce parcours d'intégration, dont 10 IDE (3 étant affectés au service de nuit), 3 AS et 7 FFAS.

Une formation conjointe avec notre fournisseur de lave-bassins a été réalisée auprès des paramédicaux le 15 février 2024 et a permis de sensibiliser 9 professionnels (+ 3 techniciens en charge de la maintenance des lave-bassins). Pour compléter cette intervention, je suis intervenue pendant les temps de relèvement (entre 13H30 et 14H30) dans chaque unité équipée d'un laveur-désinfecteur. J'ai relayé ces informations à 69 professionnels supplémentaires [Annexe 5].

Enfin, une formation concernant les précautions standard et précautions complémentaires a été dispensée aux FFAS, les 4, 8, 12 et 17 avril 2024 permettant de sensibiliser 12 personnes aux fondamentaux en prévention et contrôle des infections.

Deux audits portant sur l'évaluation des pratiques de prévention du péril fécal « Eva-GEx » ⁽⁴⁾ ont été réalisés en 2023 et 2024. Sur 73 professionnels interrogés, 14 agents déclarent avoir bénéficié d'une formation, bien que 138 agents aient été

formés aux précautions standard par l'EOHH en 2022. Ce faible taux peut s'expliquer en partie par un turn-over important, notamment en EHPAD qui intègre fréquemment des nouveaux agents dont des FFAS, ainsi que le fait de professionnels partis à la retraite ou ayant quitté le CHPH.

A plusieurs reprises les correspondants en hygiène m'ont rapporté des écarts de pratiques dans la gestion des excréta. Pour ma part en me rendant dans les services, j'ai également observé de manière informelle le non-respect des protocoles de l'établissement : des couvercles ne sont pas mis sur les contenants lors de leur transport vers le lave-bassin, le tablier à usage unique n'est pas porté sur la tenue professionnelle, des bassins pleins sont déposés au sol devant le lave-bassin, les contenants sont tâchés ou striés et non renouvelés et certains contenants sont vidangés dans les sanitaires de la chambre du patient/résident.

Ces écarts de pratiques sont corroborés par les résultats des audits Eva-GEx conduits en 2023 et 2024 [Annexe 6] auprès des personnels de l'établissement. Il est mis en évidence une moyenne déclarée de 8,3/10 (2023) et 8,2/10 (2024) du respect du port d'un tablier en plastique UU pour le transport des contenants pleins, alors que les gants sont eux portés 9,9 fois sur 10 (2023) et 9,8 fois sur 10 (2024). Autre pratique qui interpelle, la déclaration faite par les professionnels de rincer les contenants dans la chambre du patient/résident, 0,9 fois sur 10 (2023) et 1,4 fois sur 10 (2024), ce qui laisse entrevoir un risque accru de contamination de l'environnement et de la tenue du professionnel par aérosolisation. Parmi les freins aux bonnes pratiques déclarés par les professionnels sur ces deux périodes, il est évoqué un manque d'équipements, un équipement non fonctionnel, un manque de temps et l'éloignement du lave-bassin.

En outre, notre établissement accueille de plus en plus de patients porteurs de Bactéries MultiRésistantes (BMR) et de Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe) [Annexe 7]. Cela requiert d'instaurer des précautions complémentaires ainsi qu'une rigueur accrue dans la gestion des excréta par les professionnels.

Au cours de l'année 2024, nous avons recensé également 2 cas de *Clostridioides difficile* (1 cas au CSRG et 1 cas au 4S).

Enfin, l'établissement a connu une épidémie de Gastro-Entérite Aiguë (GEA) [Annexe 8] au cours de cette même année à l'EHPAD. Cela a fait l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Devant ces

manquements au respect des protocoles sur la gestion des excreta et suite à une demande institutionnelle, je m'interroge sur les actions pouvant être conduites pour limiter ces risques de transmission croisée et ma question de départ est la suivante :

« En quoi l'évaluation de la gestion des excreta peut-elle améliorer les pratiques professionnelles ? »

Dans la restitution du travail j'aborderai les points suivants :

- Cadre de référence
- Etude de terrain
 - Présentation d'un outil d'enquête
 - Présentation des résultats
- Exploitation des résultats
 - Analyse et discussion des résultats
 - Propositions d'un programme d'actions

III) Cadre de référence

3.1 - Cadre théorique

a) Définitions

Excreta : « Les excreta désignent les substances suivantes, éliminées par l'organisme : l'urine, les matières fécales, les vomissures... Le risque d'exposition aux excreta se fait essentiellement lors de la manipulation des dispositifs destinés à leur élimination et lors des soins de nursing ». ⁽³⁾

L'infection associée aux soins (IAS) : « Il s'agit d'une infection qui apparaît au cours ou au décours d'une prise en soins (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient si l'infection n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en soins. » ⁽³³⁾ L'HAS dans son référentiel de certification précise que « Les excreta sont une source majeure de diffusion de bactéries, notamment de bactéries résistantes aux antibiotiques » ⁽¹³⁾.

Les infections nosocomiales : « Les infections nosocomiales sont les infections qui sont contractées dans un établissement de soins. Une infection est considérée comme telle lorsqu'elle était absente au moment de l'admission du patient. Lorsque l'état infectieux du patient à l'admission est inconnu, l'infection est généralement considérée comme nosocomiale si elle apparaît après un délai de 48 heures d'hospitalisation... » ⁽³²⁾. Plusieurs types d'infections nosocomiales sont répertoriés selon leur mode de transmission :

- Les infections d'origine endogène lorsque le patient s'infecte avec ses propres micro-organismes issus de son microbiote,

- Les infections d'origine exogène lorsque leur survenue est induite par un autre individu (professionnel, autre patient, visiteur) ou par l'environnement hospitalier contaminé (air, eau, surfaces, denrées alimentaires...) :

- . Transmission croisée dès lors que ce sont les mains souillées des soignants (manuportage) ou des instruments souillés qui contaminent le patient,

- . Transmission aéroportée dès l'instant où le micro-organisme était présent dans l'air et a été inhalé par le patient.

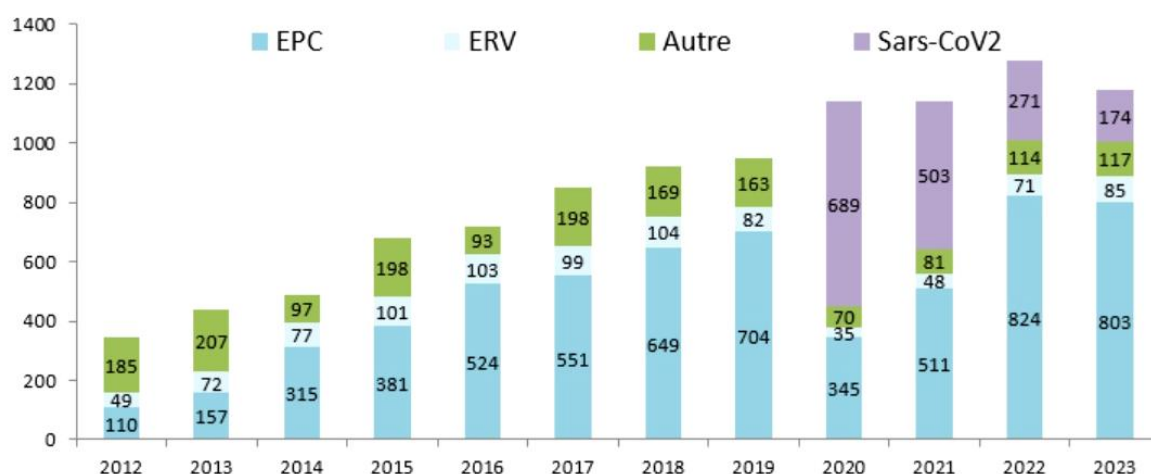
Le **péril fécal** « correspond au risque de contamination par des micro-organismes fécaux (présents dans les selles) responsables d'infections et/ou résistants aux antibiotiques ». ⁽¹⁴⁾

b) Généralités sur les types d'infections générées par les excreta

. Les bactéries résistantes

Le risque infectieux lié à la gestion des excreta est un problème de santé publique. Face à l'émergence de la diffusion des Bactéries Multi Résistantes (BMR) et Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe), les établissements de santé se doivent de mettre en place des moyens par le biais de précautions complémentaires pour lutter contre le risque de transmission, d'un patient identifié comme porteur d'une BMR ou BHRe à un autre et de former leur personnel en rappelant notamment les prérequis des précautions standard. La prévalence de ces cas de bactéries résistantes, 158 000 cas d'infections à BMR par an en France ⁽²⁰⁾ et 888 signalements de BHRe en France en 2023 ⁽⁷⁾.

Figure 1 – Répartition des signalements BHRe versus non BHRe depuis 2012 en France



Les déclarations obligatoires de BHRe sur le site de signalement externe des infections nosocomiales (e-SIN) permettent d'établir les courbes épidémiques ⁽⁶⁾. Le CPias Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) publie un bulletin mensuel ⁽³¹⁾ des épisodes de BHRe signalés dans notre région ARA, il est disponible en ligne. A titre de comparaison notre région a enregistré en 2023 :

. 41 ERV (Entérocoques Résistants à la Vancomycine) contre 85 au niveau national,

. 480 EPC (Entérobactéries Productrices de Carbapénémases) contre 803 recensées au niveau national.

Ces résultats montrent que notre région est fortement impactée par cette problématique et les répercussions pour les patients peuvent être délétères. En effet, dans la revue Hygiènes, il est mentionné : qu' « en France, le nombre de décès dus aux bactéries hautement résistantes émergentes (BHRe) et multirésistantes (BMR) était de 4 500 en 2019 » ⁽²⁹⁾.

La surconsommation d'antibiotiques conduit à l'acquisition des résistances par les bactéries commensales de notre tube digestif pouvant favoriser l'évolution vers une impasse thérapeutique d'ici 2050 ⁽²⁰⁾ et accroître encore les chiffres de mortalité.

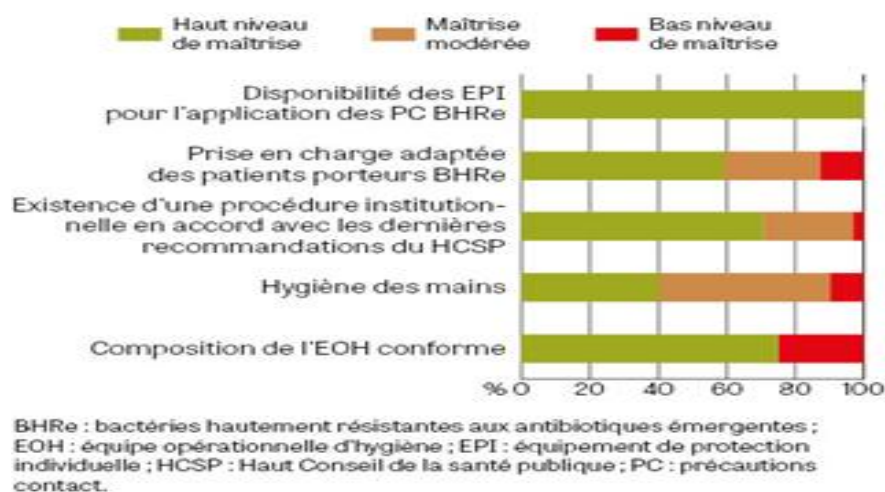
Figure 2 – Engrenage de la surconsommation d'antibiotiques à l'impasse thérapeutique



« **La résistance aux antibiotiques** est un problème de santé publique majeur. Elle peut résulter de mutations ou de l'acquisition de gènes de résistance par les bactéries, leur permettant de survivre malgré l'utilisation d'antibiotiques. Les bactéries évoluent en réponse à l'utilisation de ces médicaments, ce qui signifie que ce sont elles qui deviennent résistantes, et non les humains ou les animaux. Certaines bactéries sont naturellement résistantes, tandis que d'autres développent cette résistance après exposition à des antibiotiques. Il est crucial de comprendre comment ces résistances fonctionnent pour préserver l'efficacité des traitements

antibiotiques » ⁽²⁾. Le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) s’alertait déjà en juillet 2013 dans son rapport « Prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) » ⁽¹⁰⁾. Largement diffusées au niveau mondial, ces bactéries risquent à court terme, de ne plus permettre de proposer une antibiothérapie efficace pour traiter les patients infectés et a présenté des mesures de prévention à mettre en place pour dépister et limiter leur diffusion. La mission nationale PRIMO a pour objectif « *de surveiller et prévenir la résistance aux antibiotiques et les infections associées aux soins, en soins de ville et en secteur médico-social* » ⁽²⁶⁾. Cette surveillance concerne la sensibilité et résistance aux antibiotiques pour les bactéries comme l’*Escherichia coli*, la *Klebsiella pneumoniae*, l’*Enterobacter cloacae complex* et le *Staphylococcus aureus*. Depuis 2018, la mission nationale de surveillance et prévention de l’antibiorésistance, incluant le bon usage des antibiotiques en établissement de santé (SPARES), s’intéresse à « *la prévention et au contrôle des infections associées aux soins, et la surveillance et la consommation d’antibiotiques et de l’antibiorésistance dans les établissements de santé en France* » ⁽²⁷⁾. Une évaluation des pratiques « Eva-BHRe », en 2020 et 2021, portant sur 132 établissements de santé montre que 20 % d’entre eux accueillent au moins un patient BHRe chaque mois. L’accent est mis sur le risque de transmission nosocomiale et l’importance de la maîtrise de la transmission croisée dans les structures recevant ces patients.

Figure 3 – Répartition des établissements par critère d’évaluation et niveau de maîtrise



« Ces éléments soulignaient l'intérêt de prioriser le suivi des recommandations nationales et la mise en place de programmes de formation régulière des professionnels pour améliorer le plus efficacement possible la maîtrise de la transmission des BHRé. ... Six mois après l'évaluation, 46 ES (soit 151 services) ont participé à une enquête d'impact. Même si certains rapportaient des difficultés de mise en place des axes d'amélioration à 6 mois, 60 % des ES déclaraient avoir amélioré leurs pratiques de prise en charge des patients porteurs de BHRé. » ⁽²⁷⁾

. Les infections à clostridioides difficiles (ICD)

L'infection à *clostridioides difficile* est souvent associée à la prise d'antibiotiques. Bactérie sporulée, elle est pathogène quand elle est positive à une souche toxigène (toxine A ou entérotoxine, toxine B ou cytotoxine). Elle est transmissible par contact direct (manuportage), ou par contact indirect (environnement ou matériel contaminé). L'ingestion de la bactérie, qui ira se loger dans les intestins, se fait en portant des mains souillées à la bouche. Responsable d'une diarrhée simple, elle peut se compliquer en colite pseudo-membraneuse pouvant conduire dans les suites de complications au décès du patient.

Certains pathogènes, comme les spores du *Clostridioide difficile*, ont une capacité à survivre 5 mois dans l'environnement d'un patient ⁽¹⁾, du fait de leur résistance à de nombreux antiseptiques et désinfectants. La survie des entérocoques ou *Acinetobacter baumannii* peut atteindre plusieurs jours à plusieurs semaines dans l'environnement, selon le support, l'espèce de bactéries et les conditions environnementales ⁽³⁾. Quant à la fréquence, la revue Hygiène mentionne qu' « en France, en 2016, l'incidence des infections à *Clostridioides difficile* (ICD) en milieu hospitalier était de 3,4 pour 10 000 journées d'hospitalisation ». ⁽³⁰⁾

. La gastro-entérite aiguë (GEA)

Les responsables des gastro-entérites aiguës sont des virus (Rotavirus, Norovirus, Adénovirus entérique...) ou des bactéries (*Samonella*, *Clostridium perfringens*, *Bacillus cereus*, *Staphylococcus aureus*...). Ils sont « particulièrement contagieux et responsables d'épidémies massives ». ⁽³⁴⁾ « Près d'un demi-million de personnes sont touchées par des gastro-entérites virales chaque année en France ». ⁽³⁴⁾ La transmission des pathogènes se fait par voie oro-fécale. Elle est responsable de diarrhées, de vomissements et de douleurs intestinales. En établissement médico-social, c'est une maladie à déclaration obligatoire dès 5 cas décelés en 4 jours.

Le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) a publié des recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées ⁽³⁵⁾. Il fait référence notamment au respect des précautions standard (hygiène des mains et port d'équipements de protection individuelles : gants, tablier, masques et éventuellement de lunettes de protection en cas de risque de projection).

c) Les recommandations

Concernant la gestion des excréta, différents guides de la Société Française d'Hygiène Hospitalière (SF2H) répertorient les recommandations :

- « Recommandations pour l'hygiène des mains », de juin 2009 ⁽³⁶⁾
- « Surveiller et prévenir les infections associées aux soins », de septembre 2010 ⁽³⁷⁾
- « Actualisation des précautions standard », de juin 2017 ⁽³⁾
- « Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact », d'avril 2009 ⁽²⁵⁾

Le Haut Conseil de la santé publique à quant à lui publié :

- « Recommandations pour la prévention de la transmission croisée des « Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes » (BHRe) », de décembre 2019 ⁽¹⁰⁾

Les précautions standard permettent de prévenir la transmission croisée de ces micro-organismes et protéger les personnels et patients des risques infectieux, notamment avec des liquides biologiques. En lien avec la gestion des excréta, nous allons nous intéresser aux pratiques ci-dessous.

. Les **mains** ou le **mauvais usage des gants** sont de redoutables vecteurs pour la transmission de micro-organismes, de **transmission manuportée** qui peut se faire par contact direct (on touche un autre sujet) ou par contact indirect (objet souillé préalablement touché par une personne infectée ou colonisée). Au cours du XIXème siècle, Louis PASTEUR avait déjà démontré à propos de la fièvre puerpérale que « *ce qui cause l'infection, ... ; c'est le médecin et son personnel qui transporte le microbe d'une femme malade à une femme saine* » ⁽²⁵⁾. On admet aujourd'hui que 80 % des micro-organismes se transmettent par les mains. Une hygiène des mains insuffisante ou un mésusage du port des gants peuvent contribuer à transmettre un pathogène à une tierce personne ou à son

environnement. Afin de limiter tout manutention, les mains du soignant doivent respecter les prérequis : être dépourvues de bijou, vernis à ongle ou prothèses ongulaires. La Solution Hydro-Alcoolique (SHA), réalisée en 7 étapes et jusqu'à un séchage complet, a une action sur les tissus vivants.

. **L'environnement proche du patient**, (les barrières de lit, l'adaptable, les poignées de porte, la sonnette, ...), est également un réservoir de micro-organismes qui peut être à l'origine d'une Infection Associée aux Soins (IAS). Le professionnel de santé qui rentre en contact avec l'environnement proche du patient se doit, selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de procéder à une hygiène des mains. De même, afin de lutter contre ce risque un bionettoyage quotidien de l'environnement proche du patient permet de réduire la contamination biologique des surfaces. Il est recommandé également que chaque patient/résident bénéficie d'un sanitaire individuel, le partage de ces lieux d'aisance permettant la transmission croisée des micro-organismes d'origine fécale.

. Par **aérosolisation**, dans l'article R28 des précautions standard de la SF2H, il est mentionné qu'afin de limiter ce risque il faut « *éviter les procédures manuelles de vidange et d'entretien des contenants et proscrire leur rinçage (ni douche, ni douchette)* » ⁽³⁾. Le livret des précautions standard ⁽³⁾, fait également mention dans son argumentaire sur la gestion des excréta, du « *risque d'accident avec exposition au sang ou aux produits biologiques d'origine humaine en cas de projection ou d'aérosolisation* » et que « *l'analyse de risque montre que l'exposition peut se faire par renversement, éclaboussures et aérosols dans l'environnement et par contamination des mains ou de la tenue professionnelle* ». Aussi, le port d'un tablier plastique à usage unique est recommandé pour la réalisation de tout soin souillant/mouillant. Les contenants pleins doivent être transportés munis d'un couvercle.

. Les **déchets souillés** par des urines ou des selles devront être éliminés au plus près du soin dans la filière des Déchets d'Activité de Soins (DAS) en l'absence d'infection transmissible à l'homme, sinon il convient d'utiliser la filière des Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux (DASRI) en respect des protocoles du CHPH.

. Les **dispositifs médicaux** (bassins, chaises percées) peuvent également être à l'origine **d'infections croisées**, dès lors qu'ils sont utilisés pour plusieurs patients, sans bénéficier dans l'intervalle d'un bionettoyage avec un produit

détergent désinfectant. Il convient d'employer de préférence un laveur désinfecteur de bassins pour cette action, à défaut un sac collecteur avec gélifiant.

. Le **linge souillé** représente un risque de contamination des mains en l'absence de gants et/ou de la tenue professionnelle s'il est manipulé sans se protéger avec un tablier à usage unique et en le plaquant contre soi ⁽²³⁾. Il conduit également à un risque de contamination de l'environnement en ne respectant pas un circuit distinct entre le linge propre / linge sale ainsi que la marche en avant. Le linge souillé déposé au sol permettra la dispersion de ses germes.

3.2 – Cadre conceptuel

. **L'audit**

Afin d'optimiser les pratiques des professionnels, le Centre de Coordination de la Lutte contre les Infections Nosocomiales (CCLIN) Ouest donne une définition de l'audit en hygiène hospitalière : « *L'audit en hygiène hospitalière concerne les protocoles établis pour la prévention de la transmission croisée des micro-organismes, pour l'hygiène des matériels et des surfaces, et pour toute procédure concernant la prévention des infections nosocomiales.* » ⁽¹⁵⁾

Dans son cours sur les audits du 17 octobre 2023, le Docteur Catherine Chapuis, nous présente les différentes méthodes de recueil des données :

- Par observation de pratiques ou structure,
- Par étude de dossiers,
- Par entrevue :
 - Questionnaire administré
 - Interview

. L'audit de ressources

Il permet d'évaluer les équipements dont disposent les professionnels pour réaliser les actes de soins selon les protocoles de l'établissement.

. L'audit d'observations

« *Il permet d'évaluer la qualité d'un processus de soins et l'application des bonnes pratiques en hygiène hospitalière selon les objectifs prédéterminés par rapport à un référentiel. Il participe à une démarche d'assurance qualité, qui est "un ensemble d'actions préétablies et systématiques nécessaires pour donner la confiance appropriée en ce qu'un produit ou service satisfait aux exigences données relatives à la qualité"* ». ⁽³⁸⁾

3.3 – Cadre réglementaire

. Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance

Ici plusieurs actions sont décrites afin de réduire « *la transmission des agents infectieux et gènes de résistance...des infections communautaires et associées aux soins, mais aussi le risque d'antibiorésistance* » ⁽⁸⁾. L'accent est mis sur la prise en charge des BMR et BHRe, l'importance de l'application des précautions complémentaires d'hygiène, le bon usage des antibiotiques, la notion de dépistage (recherche d'éventuels cas secondaires) et la déclaration en ligne sur le site d'e-SIN.

. Le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins

Inscrite comme priorité dans ce programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins ⁽³⁹⁾ publié par le Propias en juin 2015, la gestion des excréta s'adresse aux établissements sanitaires et les établissements médico-sociaux. Il est stipulé qu'il faut :

- « *Informers les personnels sur les risques liés à la gestion des excréta et former les personnels aux bonnes pratiques* » ;
- « *S'assurer que des équipements adéquats sont disponibles dans les secteurs à risque et sont utilisés de manière appropriée par du personnel formé* » ;
- « *Réaliser une évaluation de la gestion des excréta (visites de risque, audits ciblés...)* » ;
- « *Réaliser une évaluation du bionettoyage en lien avec les prestataires de services éventuels* ».

Ce programme national inclut également un chapitre pour « *améliorer la maîtrise des EBLSE, des BHRe et maintenir des actions vis-à-vis des SARM* ». Il recommande notamment d' « *évaluer régulièrement le respect des précautions « standard »... et complémentaires contact (PCC) pour les patients/résidents colonisés ou infectés par des BMR endémiques (SARM ou EBLSE) et systématiquement pour les patients ou résidents porteurs de BHRe (ERV/ERG et EPC).* » ⁽³⁹⁾

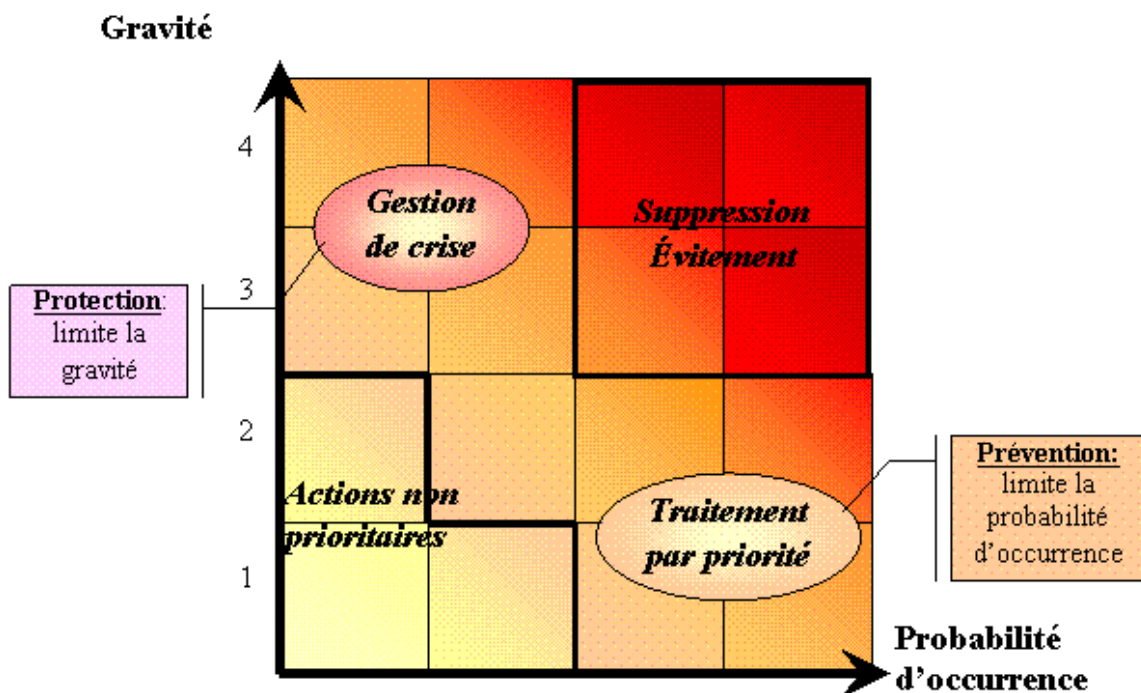
. Le code de la santé publique – Article L6111-2

L'ARS de Nouvelle-Aquitaine indique qu'« *en application de l'article L.6111-2 du code de la santé publique, les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités* » ⁽¹⁷⁾. Elle reprend trois grands chapitres :

- **La gestion des risques *a priori* :**

Elle est basée sur une cartographie des risques connus pouvant affecter les usagers et de mettre en place des actions de prévention/réduction des effets délétères en fonction de leur gravité potentielle et de leur fréquence.

Figure 4 - La cartographie du risque selon l'HAS

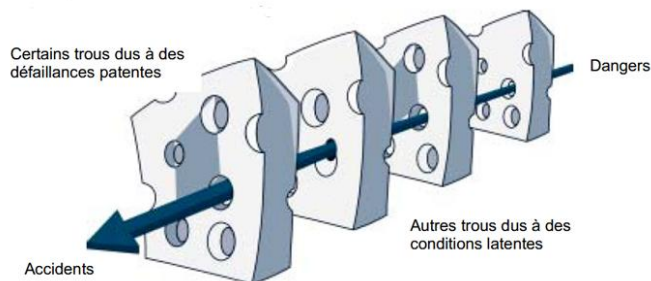


- **La gestion des risques *a posteriori* :**

Malgré des gestes barrières pour sécuriser les actes de soins, un incident/accident peut survenir qui fera l'objet d'une analyse des facteurs ayant contribué à sa survenue. Des actions correctives sont attendues afin de prévenir une récurrence de cet événement indésirable associé aux soins (EIAS). Le guide pédagogique de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) explicite les survenues de ces défaillances à l'aide du schéma de James Reason ⁽¹⁸⁾. En effet, la survenue d'un accident est rendue possible quand une succession de barrières (erreur d'un

professionnel, procédure inadéquate ou inexistante, équipement défectueux, ...) laissent s'accumuler les erreurs allant jusqu'à l'accident.

Figure 5 - Schéma de James REASON ou modèle dit du « fromage suisse »



. Décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999

Les établissements de santé (publics et privés) sont tenus de mettre en place une surveillance des infections nosocomiales (décret n°99-1034 du 6 décembre 1999). ⁽⁴⁰⁾ Initialement instauré en 1988, le Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) est « chargé de coordonner la surveillance, la prévention et la formation continue en matière de lutte contre les infections nosocomiales. Il est composé de médecins, pharmaciens, infirmières, directeurs d'établissement et autres professionnels de l'établissement ». ⁽⁴¹⁾

IV) Etude de terrain

. Présentation de la méthodologie retenue

Pour mener à bien l'enquête de terrain, deux méthodes d'évaluation ont été retenues :

- Un **audit de ressources** afin d'évaluer les moyens mis à disposition des professionnels pour appliquer les protocoles,
- Une **observation des pratiques** pour évaluer les pratiques des professionnels et vérifier s'ils appliquent les protocoles.

Audit de ressources :

J'ai réalisé un premier audit [Annexe 9] en m'inspirant des grilles réalisées par le RéPias dans leur rapport « Etudes et enquêtes – Audit gestion des excréta : politique d'établissement et moyens mis à disposition » de février 2020 ⁽¹⁹⁾. Afin d'éviter toute redondance avec les autres audits, j'ai choisi d'adapter cette grille à ma thématique.

De la grille de « **politique de l'établissement** » je n'ai retenu que les critères en lien avec le nombre de lits du service, le taux d'occupation le jour d'observation, le nombre de patients ou résidents nécessitant un contenant à urine et le nombre de cantines utilisées en lien avec les patients équipés d'un dispositif de sondage urinaire (Bricker, sonde à demeure).

Dans l'item d' « **évaluation des moyens mis à disposition** », j'ai conservé les données en lien avec les contenants :

- Quels sont les contenants présents en services ?
- Leur quantité est-elle adaptée aux besoins du service ?
- Nombre de contenants conformes aux critères (ni tâché, ni abîmé, ni fissuré).
- Quel nombre de contenants a un couvercle manquant ?

Sur la grille « **informations pour le local utilitaire sale** », j'ai retiré la question en lien avec le nombre de lave-bassin ou broyeur, car nous l'avons déjà traitée.

Enfin, la grille « **informations pour le lave-bassin ou le broyeur** » s'intéresse :

- Au nombre de pannes annuelles du lave-bassin,
- Au nombre de jours d'immobilisation du lave-bassin,
- Aux conditions d'emploi du lave-bassin :

- Pas de contenant plein en attente si disponibilité du lave-bassin,
- Facilité d'accès du lave-bassin,
- En état de fonctionnement le jour de l'observation,
- Equipement utilisé en routine,
- Le lave-bassin est visuellement propre (intérieur/extérieur),
- Les buses sont propres et dépourvues de tartre,
- Le produit de rinçage est présent,
- La traçabilité de l'entretien du lave-bassin est réalisée.

A l'issue du recueil réalisé en janvier 2025, j'ai porté les résultats à la connaissance du personnel le 31 janvier 2025, par service, via 3 affiches [Annexe 10] en lien avec les différents secteurs (local de stockage du matériel, local lave-bassin et local de décontamination). De plus, j'en ai informé le personnel présent, lors de la mise en place de ces affichages.

Ces résultats ont également été communiqués aux correspondants en hygiène lors de la réunion des correspondants en hygiène du 11 mars 2025.

Pour compléter le travail initié par l'audit de ressources décrit précédemment, un audit des pratiques a été instauré auprès des professionnels utilisant les laveurs-désinfecteurs.

Audit d'observation :

Cet audit a pour objectif d'observer les pratiques professionnelles dans la gestion des excréta dans les unités qui possèdent un lave-bassin.

4.1 - Champs d'application (critères d'inclusion et d'exclusion)

Critères d'inclusion :

- . **Population** : Aides-soignants, faisant fonction d'aides-soignants et infirmiers.
- . **Services** : LISP (lits identifiés de soins palliatifs et de soins de suite polyvalents), NOD (nutrition obésité diabétologie), CSRG (court séjour de rééducation gériatrique), SSG (soins de suite gériatriques), EHPAD 3 (établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes).

Critères d'exclusion :

- . **Population** : les élèves aides-soignants et les étudiants infirmiers.

- . **Services** : les services sans lave- bassin (Espérance et EHPAD 4) et les deux services de l'INTER (R3 et R4) ont été exclus, car la patientèle est très majoritairement continente et autonome pour se rendre aux toilettes.

Limites d'observations :

- . Le service NOD n'avait pas de situation correspondant aux critères de l'enquête, par conséquent le service n'a pas fait l'objet d'observation.
- . Les critères en lien avec les précautions complémentaires n'ont pas été observés par absence de patient bénéficiant de ces mesures. Par conséquent les questions en lien ne seront pas traitées.
- . Les sacs protecteurs avec gélifiant n'ont pas été utilisés les jours de l'enquête, par conséquent les questions s'y rapportant n'ont pas été traitées.
- . Les situations en lien avec un soin d'hygiène telles que la toilette au lavabo, l'aide à la toilette et la toilette au lit n'ont pas fait l'objet d'observations, les horaires d'intervention des auditeurs n'étant pas propices. Par conséquent, aucune situation ne s'y réfère.
- . Les prérequis à l'hygiène des mains (ongles courts, absence de vernis et de prothèses ongulaires, mains et poignets dépourvus de bijoux) n'ont pas été observés.
- . 30 observations des pratiques étaient attendues, mais c'est un total de 21 observations qui a été recueilli. Les horaires de l'audit programmés de 10H30 à 12H00 n'étaient pas propices. Les relevés de diurèses sont réalisés entre 7H00 et 8H00. Pour la seconde journée, l'horaire de leur intervention a été modifié (8H30 à 10H00), afin d'être plus en adéquation avec les pratiques du terrain, ce qui a d'ailleurs permis de recueillir le double d'observations par rapport à la première journée.
- . 1 grille renseignée par un étudiant a été exclue, car l'observation portait sur un étudiant infirmier qui était hors cadre de cet audit.

Ces observations ne permettent pas de constater une généralité des pratiques des professionnels mais apportent des pistes de réflexion.

4.2 - Référentiel

Cette étude se réfère aux recommandations de la SF2H : Actualisation des précautions standard juin 2017 et aux protocoles de l'établissement précédemment

cités : « Maîtrise du risque infectieux et gestion des excreta » et « Elimination des excreta et utilisation des laveurs désinfecteurs de bassin ».

4.3 - Mode de recueil

J'ai réalisé une grille d'audit [Annexe 11] pour permettre le recueil d'observations des pratiques programmé les 22 et 23 avril 2025 (de 10H30 à 12H15 et de 13H45 à 15H30), ainsi qu'un guide de l'enquêteur [Annexe 12].

Cette grille comporte plusieurs thématiques :

- . L'application des précautions standard avant le soin,
- . Les modalités d'utilisation du lave-bassin,
- . La gestion de l'environnement et du linge sale,
- . L'application des précautions standard après le soin.

Cette grille a d'abord été testée dans un service le 8 avril 2025 et j'ai pu me rendre compte qu'elle manquait de lisibilité. Aussi, à l'issue de ce test, j'ai aéré les paragraphes et mis des instructions dans une couleur différente pour en faciliter la lecture.

Les personnes habilitées à réaliser cet audit sont 12 étudiants de troisième année de l'IFSI du Bugey à Hauteville dans le cadre de leur unité d'enseignement UE 4.8 S6 « Qualité de soins et évaluation des pratiques ». La méthodologie sur l'évaluation des pratiques professionnelles leur a été dispensée par leurs formateurs à l'IFSI.

4.4 - Critères évalués

La grille d'évaluation est un outil qui permet de recueillir les observations des pratiques des professionnels quant à la gestion des excreta avec l'emploi des laveurs-désinfecteurs.

Dans un but de comprendre qui sont les professionnels observés et les caractéristiques propres à l'observation, j'ai cherché à connaître :

- Le service observé
- La fonction de la personne observée
- Le nombre de fois où le même professionnel a été observé
- Les circonstances liées à la situation observée

Afin de vérifier si les attendus pouvaient être respectés avec les laveurs-désinfecteurs, nous nous sommes questionnés sur :

- Le nombre de lave-bassins dans le service
- La fonctionnalité du lave-bassin les jours de l'observation

En ce qui concerne la pratique des professionnels, nous nous sommes interrogés sur :

- Le critère 1 les précautions standard avant le soin : l'hygiène des mains, le port de gants, le port d'un tablier plastique UU.
- Le critère 2 les précautions complémentaires avant le soin : en présence de précautions complémentaires savoir desquelles il s'agit et si le port de la surblouse UU était requis.
- Le critère 3 concernant la manipulation des dispositifs de recueil d'excreta : quel contenant a été utilisé, le lieu de la vidange et du rinçage du contenant, l'emploi d'un couvercle, la disponibilité du lave-bassin, la zone de dépose du contenant, la manipulation de l'ouverture et fermeture de porte du lave-bassin, le retrait des EPI et l'hygiène des mains.
- Le critère 4 concernant la gestion des sacs protecteurs absorbants (en l'absence de laveur-désinfecteur, ou d'une panne de ce dernier) : connaître son mode d'élimination, les modalités de désinfection du contenant dans lequel il a été placé, le retrait des EPI, l'hygiène des mains.
- Le critère 5 renseigne sur l'hygiène de l'environnement et la gestion du linge souillé par des excréta : connaître les pratiques d'élimination du linge souillé, bénéficie-t-il d'une élimination préalable, le matelas bénéficie-t-il d'un bionettoyage, le port des EPI est-il respecté, la surface de dépose du linge souillé bénéficie d'un bionettoyage, les EPI sont-ils retirés au moment opportun et une hygiène des mains est-elle pratiquée.

4.5 - Organisation de l'enquête

La Direction des Soins a autorisé la réalisation de cet audit et la participation des étudiants. Une communication de la présence des observateurs a été notifiée par courriel à chaque cadre de santé le jeudi 17 avril 2025. L'information aux professionnels a été relayée par les cadres de santé.

Lors de la première matinée d’audit au CHPH, le 22 avril 2025, les étudiants (2 groupes de 6) ont pris connaissance de la grille et du guide de l’enquêteur. J’ai donné oralement les explications concernant chaque thématique de la grille d’audit et ai répondu à leurs interrogations.

Je les ai conduits dans les différents services de l’Albarine et leur ai indiqué où les lave-bassins se trouvaient.

Les grilles renseignées par les étudiants m’ont été remises le 7 mai 2025.

4.6 - Saisie des données

Les données des enquêtes ont été saisies dans le tableur de Microsoft Excel.

V) PRESENTATION DES RESULTATS

5.1 - Résultats de l'audit d'observation des ressources

DESCRIPTION DU SECTEUR DE VIE

PRESENTATION DES SERVICES

- Capacité d'accueil

Tableau 1
Nombre de lits et places par services

SERVICES		LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES										
Nombre de lits et places (capacité d'accueil)	Valeurs	14	45	20	27	34	46	28	31	245
	%	6%	18%	8%	11%	14%	19%	11%	13%	100%

245 patients peuvent être accueillis sur la totalité des services. C'est à l'Inter R4 qu'on peut en recevoir le plus avec 46 lits (19 % de l'effectif total).

- Patients effectifs dans les services

Tableau 2
Nombre de patients par service le jour de l'enquête

SERVICES		LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES										
Nombre total de patients/résidents le jour de l'enquête dans le secteur de soins (taux d'occupation)	Valeurs	10	39	16	23	28	38	26	21	201
	%	71%	87%	80%	85%	82%	83%	93%	68%	82%

Le taux d'occupation des chambres le plus important est au SSG avec 93 % de la capacité d'accueil, soit 26 patients pour 28 lits.

- Effectif du nombre de patients continents dépendants

Tableau 3
Nombre de continent dépendant par service le jour de l'enquête

SERVICES		LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES										
Nombre de patients/résidents continents dépendants utilisateurs de bassins (pots, seaux, urinaux...) le jour de l'enquête (% du service)	Valeurs	1	5	4	13	0	1	23	1	48
	%	7%	11%	20%	48%	0%	2%	82%	3%	24%

C'est au SSG qu'on retrouve le plus de patients étant continents dépendants avec 23 patients (82 % de l'effectif).

- Nombre de cantines nécessaires par service

Tableau 4

Nombre nécessaire de cantines pour les patients porteurs de sonde urinaire / Bricker

SERVICES		LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES										
Nombre de cantines utilisées pour les patients ayant une sonde urinaire / Bricker (% du service)	Valeurs	4	0	7	0	0	0	2	0	13
	%	40%	0%	44%	0%	0%	0%	8%	0%	6%

Le service du LISP est celui qui nécessite le plus l'emploi d'une cantine avec 4 patients porteurs d'un dispositif urinaire (soit 40 %).

MOYENS A DISPOSITION

POUR LES CONTENANTS

- Disponibilité de contenants réutilisables

Standard attendu

Avoir à disposition des contenants réutilisables.

Tableau 5

Présence de contenants réutilisables (n=8)

SERVICES		LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES										
Contenants réutilisables : bassins / seaux / pots		1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Tous les services répondent au standard attendu (8/8).

- Détail des contenants réutilisables par service

Tableau 6

Détail des contenants réutilisables par service

SERVICES		LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES										
Urinaux féminins		3	0	5	0	0	0	1	2	11
Urinaux masculins		5	5	13	6	12	3	3	5	52
Urinaux valve anti-reflux		2	0	0	0	0	2	0	0	4
Cantines à diurèse		5	8	11	10	0	1	9	22	66
Bassins		8	2	13	19	11	7	9	5	74
Bassins pour chaise pot		7	2	0	7	0	1	3	9	29

En service de soins, les contenants les plus présents sont les bassins (74).

- Quantité suffisante de contenants réutilisables

Standard attendu	Les contenants doivent être en quantité suffisante pour répondre aux besoins du service.
-------------------------	--

Tableau 7

Quantité de contenants suffisants pour répondre aux besoins du service (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Contenants en quantité suffisante	1	1	1	1	1	0	1	1	7/8

critère atteint : **0** = non **1** = oui

7/8 des services possèdent des contenants en quantité suffisante, à l'exception du service de l'INTER R4.

- Les contenants doivent être en bon état

Standard attendu	Les contenants doivent être exempts de tâches, de rayures, de porosités, de salissures et ne pas être ternis.
-------------------------	---

Tableau 8

Liste des contenants en bon état par service

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL	% DE CONFORMITE
Urinaux féminins	3/3	0/0	5/5	0/0	0/0	0/0	0/1	2/2	10 /11	91%
Urinaux masculins	2/5	0/5	6/13	1/6	0/12	0/3	0/3	2/5	11 /52	21%
Urinaux valve anti-reflux	2/2	0/0	0/0	0/0	0/0	2/2	0/0	0/0	4 /4	100%
Cantines à diurèse	5/5	8/8	7/11	10/10	0/0	0/1	9/9	20/22	59 /66	89%
Bassins	8/8	2/2	13/13	17/19	1/11	3/7	9/9	5/5	58 /74	78%
Bassins pour chaise pot	7/7	0/2	0/0	7/7	0/0	1/1	3/3	7/9	25 /29	86%
% de conformité par service	90%	59%	74%	83%	4%	43%	84%	84%	-	-

100 % des urinaux avec valve anti-reflux sont en bon état. Le service qui présente le meilleur taux de conformité de ses contenants est le LISP avec 90 %.

- Les contenants doivent être tous munis d'un couvercle

**Standard
attendu**

Chaque contenant doit posséder un couvercle adapté.

Tableau 9

Présence de couvercle pour tous les contenants (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Un couvercle est disponible pour chaque bassin / seau / pot / urinal	0	0	0	0	0	0	0	0	0/8

critère atteint : **0** = non **1** = oui

Aucun service ne répond au standard attendu (0/8).

- Inventaire des contenants dépourvus d'un couvercle

Tableau 10

Liste des contenants par service ne possédant pas de couvercle (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Urinaux féminins									0
Urinaux masculins	2	5	7	5	12	3	4	3	41
Urinaux valve anti-reflux									0
Cantines à diurèse								2	2
Bassins		2			10	4			16
Bassins pour chaise pot									0

Parmi les couvercles manquants, ce sont les urinaux masculins qui sont le plus concernés avec 41 couvercles manquants. On s'aperçoit qu'il manque des couvercles dans tous les services (8/8).

- Les sacs protecteurs avec gélifiant et leur support

Standard attendu	Les sacs protecteurs avec gélifiant sont adaptés aux contenants réutilisables.
-------------------------	--

Tableau 11
Sacs protecteurs gélifiant compatibles avec les contenants (n=8)

SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES Les sacs protecteurs avec gélifiant sont adaptés à leur support	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Tous les services possèdent des sacs protecteurs avec gélifiant qui s'adaptent sur les contenants (8/8).

POUR LE LOCAL UTILITAIRE SALE

- Distributeur de SHA

Standard attendu	Le local utilitaire sale doit disposer d'un distributeur de solution hydro-alcoolique.
-------------------------	--

Tableau 12
Local utilitaire sale équipé d'un distributeur de SHA (n=8)

SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES Le local dispose d'un distributeur de PHA (Produit Hydro Alcoolique)	1	1	1	1	1	1	0	1	7/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Un distributeur de solution hydro-alcoolique équipe 7/8 des services. Seul le SSG en est dépourvu.

- Un point d'eau pour le lavage des mains

Standard attendu	Le local utilitaire sale doit disposer d'un point d'eau pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du matériel.
-------------------------	--

Tableau 13

Local utilitaire sale équipé d'un point d'eau pour le lavage des mains (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Un point d'eau pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du matériel	0	0	0	0	1	1	0	0	2/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Seuls les 2 services de l'INTER, soit 2/8, répondent au standard attendu.

- Des boîtes de gants à usage unique

Standard attendu	Le local utilitaire sale doit disposer de gants à usage unique.
-------------------------	---

Tableau 14

Local utilitaire sale équipé de boîtes de gants UU (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Des boîtes de gants à usage unique	0	1	1	1	0	0	0	0	3/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Des boîtes de gants sont présentes dans les services (3/8).

- Des tabliers en plastique à usage unique

Standard attendu	Le local utilitaire sale doit disposer de tabliers en plastique UU.
-------------------------	---

Tableau 15

Local utilitaire sale équipé de tabliers en plastique UU (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Des tabliers en plastique à usage unique	0	0	0	0	0	0	0	0	0/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Aucun service (0/8) n'a de tablier plastique à usage unique au niveau du local de décontamination.

- Une boîte de masques à usage médical

Standard attendu	Le local utilitaire sale doit disposer de masques à usage médical.
-------------------------	--

Tableau 16

Local utilitaire sale équipé de masques à usage médical (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Une boîte de masques à usage médical	0	0	0	0	0	0	0	0	0/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Dans aucun service (0/8), il n'a été trouvé une boîte de masque à usage médical.

- Un collecteur de déchets/support de sac poubelle

Standard attendu	Le local utilitaire sale doit posséder un contenant pour la dépose des déchets.
-------------------------	---

Tableau 17

Local utilitaire sale équipé d'un collecteur de déchets (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Un collecteur de déchets / support de sac poubelle	1	1	1	1	0	0	1	1	6/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

6/8 des services disposent d'une poubelle dans le local de décontamination.

POUR L'ENTRETIEN DES BASSINS, SEAUX ET URINAUX

- Un bac de trempage

Standard attendu	Le local utilitaire sale doit disposer d'un bac pour l'immersion des matériels.
-------------------------	---

Tableau 18
Local utilitaire sale équipé d'un bac d'immersion (n=8)

SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Un bac permettant l'immersion des contenants est présent dans tous les services (8/8).

- Un plan d'égouttage

Standard attendu	Le local utilitaire sale doit disposer d'une zone d'égouttage des matériels.
-------------------------	--

Tableau 19
Local utilitaire sale équipé d'un plan d'égouttage (n=8)

SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Tous les services (8/8) répondent au standard attendu.

POUR LE STOCKAGE DES CONTENANTS PROPRES

- Un lieu de stockage

Standard attendu	Un lieu de stockage pour permettre la disposition des bassins, urinaux et pots propres.
-------------------------	---

Tableau 20

Présence d'un local de stockage pour les contenants propres (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Lieu de stockage adapté pour les bassins et pots	1	1	1	1	0,5	1	1	1	7,5/8

critère atteint : 0 = non 0,5 = partiellement atteint 1 = oui

Le local de stockage est présent dans tous les services sauf à l'Inter R3 où il ne répond pas totalement au standard attendu (stockage sous un évier présentant une fuite).

- Zone de stockage dédiée

Standard attendu	Le lieu de stockage des contenants propres doit être différencié des zones sales.
-------------------------	---

Tableau 21

Lieu de stockage des contenants différencié des zones sales (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Equipements stockés dans une zone propre et distincte	1	1	1	1	1	1	1	0,5	7,5/8

critère atteint : 0 = non 0,5 = partiellement atteint 1 = oui

Les équipements sont stockés dans une zone propre distincte. Le service du NOD ne répond pas en totalité à ce standard attendu.

UTILISATION, ENTRETIEN ET BIONETTOYAGE DES LAVE-BASSINS

CONDITIONS D'UTILISATION DU LAVE-BASSIN

- Accessibilité du lave-bassin

Standard attendu

Le lave-bassin doit être facilement accessible.

Tableau 22

Lave-bassin facilement accessible (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Le lave-bassin est facilement accessible	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Le lave-bassin est facilement accessible dans tous les services (8/8).

- Contenants sales en attente

Standard attendu

Pas de contenant sale en attente dans le local si le lave bassin est immédiatement disponible.

Tableau 23

Absence de contenants en attente si lave-bassin disponible (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Absence de bassin / pot / seau sales en attente dans le local le jour de l'enquête alors que le lave-bassin est immédiatement disponible	1	1	1	1	1	0	1	1	7/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

L'absence de contenant plein en attente a été observée 7/8 fois. Le service de l'Inter R4 ne répond pas au standard attendu.

- Utilisation en routine (cf. fiche de traçabilité du service)

**Standard
attendu**

Le lave-bassin doit être utilisé en routine.

Tableau 24
Utilisation en routine du lave-bassin (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Le lave-bassin est utilisé en routine	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : **0** = non **1** = oui

Tous les lave-bassins répondent au standard attendu (8/8).

MAINTENANCE DU LAVE-BASSIN

- Nombre de pannes/an

**Standard
attendu**

Suivi du nombre de pannes annuelles par lave-bassin.

Tableau 25
Nombre de pannes du lave-bassin – Année 2024

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Nombre de pannes/an	0	1	3	1	1	2	3	2	13

Au cours de l'année 2024, 13 pannes ont été recensées dont 3 dans le service du SSG.

- Nombre de jours d'immobilisation/an

**Standard
attendu**

Limiter la durée d'immobilisation des lave-bassins.

Tableau 26

Nombre de jours d'immobilisation du lave-bassin – Année 2024

CRITERES	SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Nombre de jours d'immobilisation/an		0	1	3	1	1	2	2	22	32

32 journées d'immobilisation des lave-bassins en 2024. Le service NOD enregistre le plus grand nombre avec 22 jours.

- Le lave-bassin est en état de marche le jour de l'enquête

**Standard
attendu**

Le lave-bassin est en état de fonctionnement.

Tableau 27

Lave-bassin en état de fonctionnement le jour d'observation (n=8)

CRITERES	SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
Lave-bassin en état de marche le jour de l'enquête		1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Tous les lave-bassins sont opérationnels (8/8).

BIONETTOYAGE DU LAVE-BASSIN ET DU LOCAL UTILITAIRE SALE

- Propreté du lave-bassin

Standard attendu	Le lave-bassin est propre aussi bien au niveau des façades extérieures que de la cuve intérieure.
-------------------------	---

Tableau 28
Propreté intérieure et extérieure du lave-bassin (n=8)

SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES									
Le lave-bassin est propre le jour de l'enquête (intérieur/extérieur)	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Le jour de l'enquête, tous les lave-bassins étaient propres (8/8).

- Etat des buses

Standard attendu	Les buses du lave-bassin doivent être propres et dépourvues de tartre.
-------------------------	--

Tableau 29
Propreté des buses du lave-bassin (n=8)

SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES									
La ou les buses du lave-bassin sont propres et sans tartre	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Toutes les buses des lave-bassins étaient propres et exemptes de tartre (8/8).

- Produit de rinçage

Standard attendu	Le bidon de rinçage doit être renouvelé pour permettre la réalisation des cycles comme indiqué par le fabricant.
-------------------------	--

Tableau 30

Quantité de produit de rinçage respectant les recommandations du fabricant (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
La quantité de produit est suffisante ou en adéquation avec les recommandations du fabricant	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Le produit de rinçage est présent selon les recommandations du fabricant dans tous les services (8/8).

- Traçabilité de l'entretien

Standard attendu	L'entretien du lave-bassin doit faire l'objet d'une traçabilité.
-------------------------	--

Tableau 31

Réalisation de la traçabilité de l'entretien des lave-bassins (n=8)

CRITERES \ SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
La traçabilité de l'entretien est réalisée	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Tous les services répondent au standard attendu (8/8).

- Distinction d'une zone propre et d'une zone sale dans le local utilitaire sale

Standard attendu	L'agencement du local utilitaire sale doit permettre de distinguer une zone propre et une zone sale.
-------------------------	--

Tableau 32

Agencement du local utilitaire sale avec zone propre et zone sale (n=8)

SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES									
L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	4/8

critère atteint : 0 = non 0,5 = partiellement atteint 1 = oui

Le standard attendu n'est que partiellement observé dans tous les services (4/8).

- Propreté du local utilitaire sale

Standard attendu	Le local utilitaire sale doit être propre.
-------------------------	--

Tableau 33

Propreté du local utilitaire sale (n=8)

SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES									
Le local utilitaire sale est propre le jour de l'enquête	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

Tous les locaux utilitaires sales répondent au critère standard en matière de propreté (8/8).

- Entretien journalier du local utilitaire sale

Standard attendu	Le local utilitaire sale est entretenu chaque jour (traçabilité de l'entretien disponible).
-------------------------	---

Tableau 34

Entretien journalier du local utilitaire sale (n=8)

SERVICES	LISP	EHPAD 3	SEPSIS	CSRG	INTER R3	INTER R4	SSG	NOD	TOTAL
CRITERES									
Le local utilitaire sale est entretenu chaque jour (traçabilité de l'entretien disponible au jour de l'enquête)	1	1	1	1	1	1	1	1	8/8

critère atteint : 0 = non 1 = oui

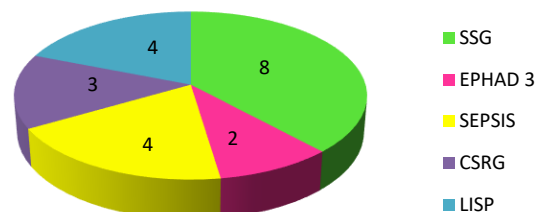
Un entretien journalier est effectif dans tous les services (8/8).

5.2 - Résultats de l'audit d'observation des pratiques

LES SERVICES, PROFESSIONNELS ET SITUATIONS OBSERVES

Figure 1

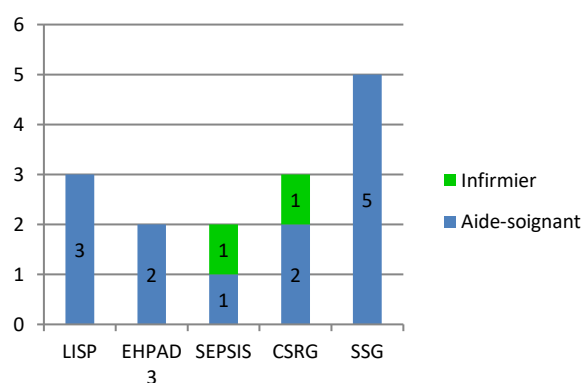
Nombre d'observations par service, n=21



Le service du SSG a fait l'objet du plus grand nombre d'observations (8/21).

Figure 2

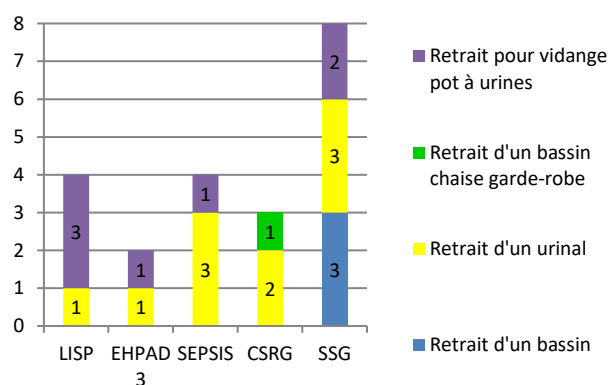
Fonction de la personne observée



Les professionnels observés sont principalement des aides-soignants (13/15).

Figure 3

Situation observée, n=21



La situation la plus observée correspond au retrait d'un urinal (10/21).

Cette observation des pratiques a permis 21 observations réalisées auprès de 15 professionnels différents.

LES PRECAUTIONS STANDARD AVANT LE SOIN

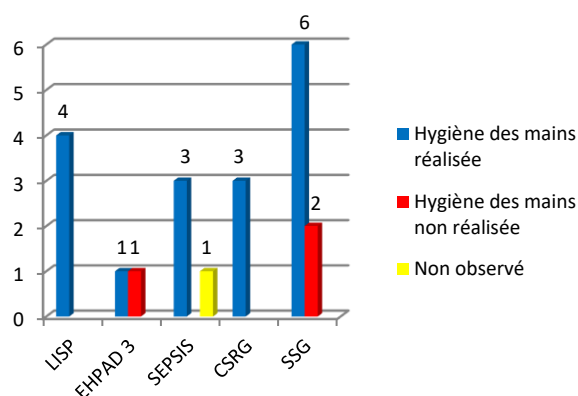
Avant la gestion des excréta et l'emploi du lave-bassin :

- Hygiène des mains préalable au soin

**Standard
attendu**

Réalisation d'une hygiène des mains avant le soin.

Figure 4
Hygiène des mains, n=21

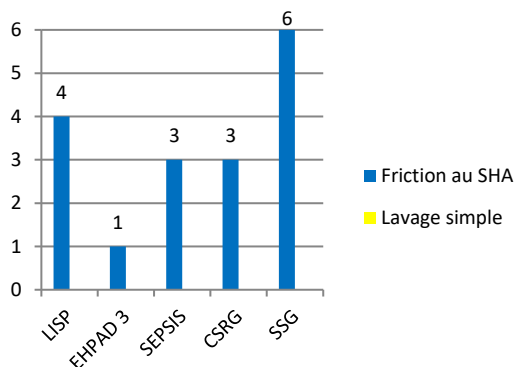


L'hygiène des mains est conforme au standard attendu dans 17/21 observations.

**Standard
attendu**

Hygiène des mains avec de la solution hydro-alcoolique.

Figure 5
Type d'hygiène des mains, n'=17



Toutes les hygiènes des mains ont été faites avec une friction au SHA (17/17).

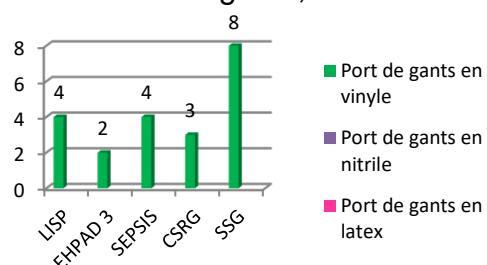
- **Port de gants, matière des gants, mise en place immédiate avant le soin**

**Standard
attendu**

Port de gants en vinyle à usage unique.

Figure 6

Port de gants, n=21



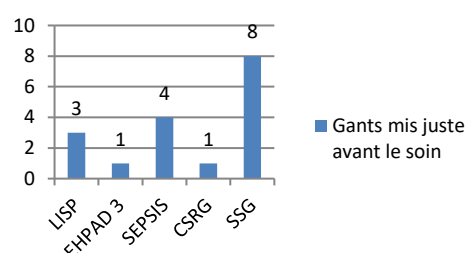
Toutes les situations observées répondent au standard attendu (21/21).

**Standard
attendu**

Mise en place des gants juste avant le soin.

Figure 7

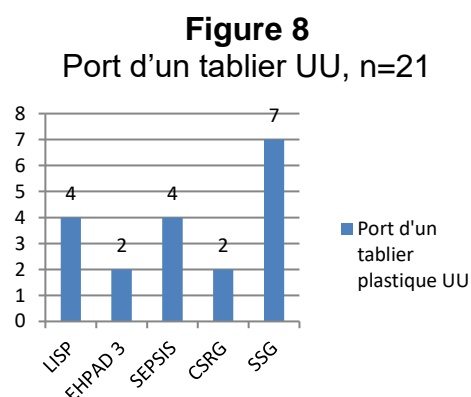
Port de gants juste avant le soin, n=21



La mise en place des gants suivant le standard attendu a été observée (17/21).

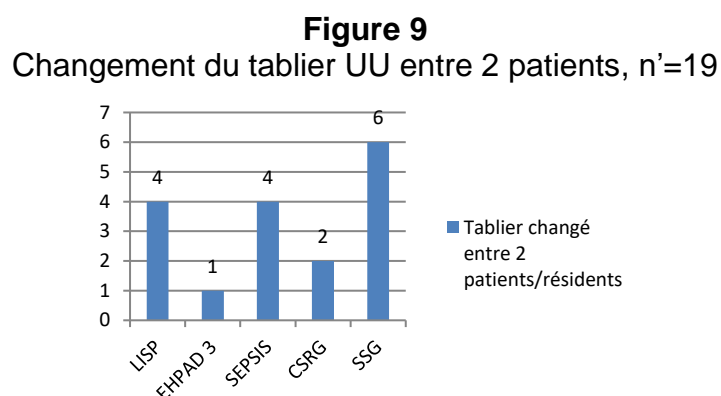
- **Port d'un tablier UU et changement entre 2 patients/résidents**

Standard attendu	Port d'un tablier plastique UU pour tout soin souillant / mouillant.
-------------------------	--



Le port du tablier plastique UU a été observé 19/21 fois.

Standard attendu	Tablier UU changé entre 2 patients.
-------------------------	-------------------------------------



Le standard attendu a été observé 17/19 situations.

Après la gestion de l'environnement et du linge sale :

- **Manipulation du linge souillé**

Standard attendu	Port de gants UU.
-------------------------	-------------------

Le port de gants UU est conforme au standard attendu (2/2).

Standard attendu	Port d'un tablier plastique UU pour tout soin souillant / mouillant.
-------------------------	--

Le port du tablier plastique UU est conforme au standard attendu (2/2).

MODALITES D'UTILISATION DU LAVE-BASSIN

- Vidange dans les sanitaires du contenant à excreta ?

**Standard
attendu**

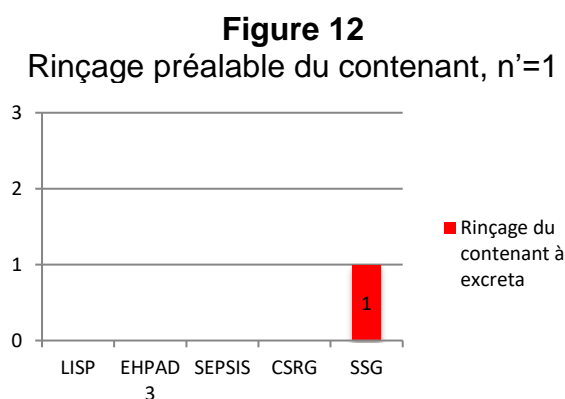
Vidange exclusive des contenants dans le lave-bassin.

La vidange suivant le standard attendu a été observée 20/21 fois. (1 exception : SSG).

- Rinçage du contenant et lieu où il a été rincé (n=1)

**Standard
attendu**

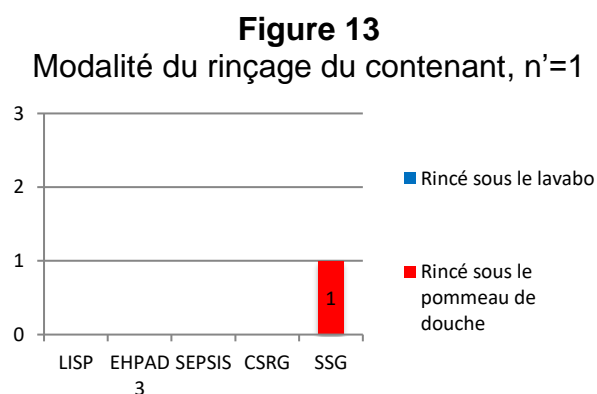
Pas de rinçage du contenant dans les sanitaires du patient.



Le standard attendu n'a pas été observé (0/1).

**Standard
attendu**

Rinçage exclusif du contenant dans le lave-bassin.

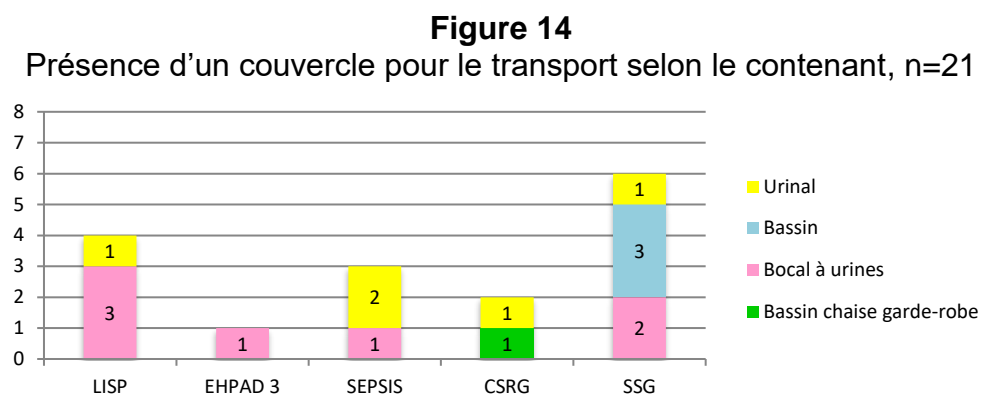


Le standard attendu n'a pas été observé (0/1).

- **Utilisation d'un couvercle pour le transport du contenant à excréta vers le lave-bassin**

**Standard
attendu**

Transport des contenants pleins munis d'un couvercle

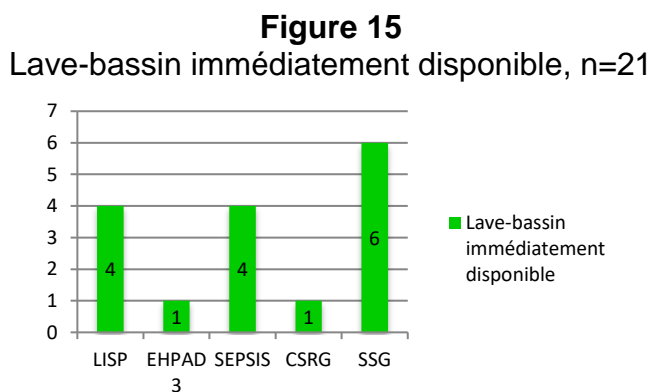


Les couvercles étaient présents dans 16/21 observations.

- **Le lave-bassin est-il immédiatement disponible ?**

**Standard
attendu**

Si lave-bassin disponible, utilisation immédiate.



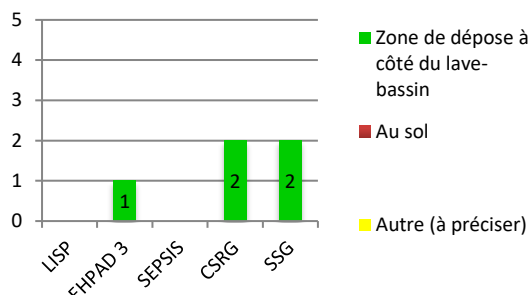
Le chargement des contenants dans le lave-bassin disponible a été observé 16/21 fois.

**Standard
attendu**

En cas d'indisponibilité immédiate du lave-bassin, dépose du contenant sur le support dédié.

Figure 16

Lieu de dépose du contenant si lave-bassin indisponible, n'=5



Toutes les situations observées ont répondu au standard attendu (5/5).

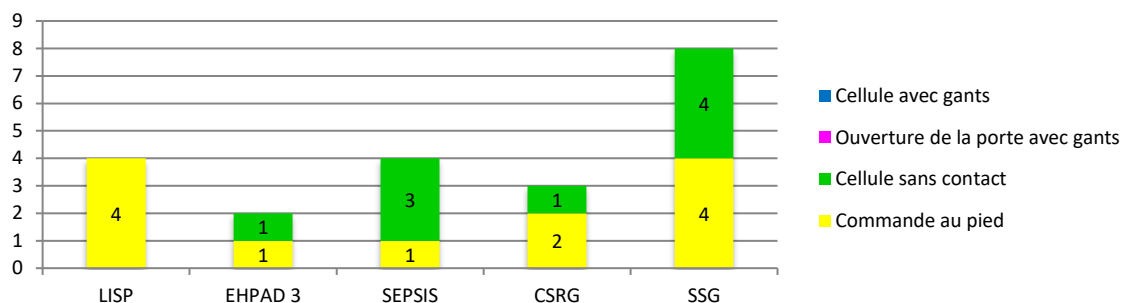
• **Comment est actionnée l'ouverture de la porte du lave-bassin ?**

**Standard
attendu**

Ouverture de la porte du lave-bassin avec la cellule sans contact, ou avec la commande au pied.

Figure 17

Modalité d'ouverture de la porte du lave-bassin, n=21



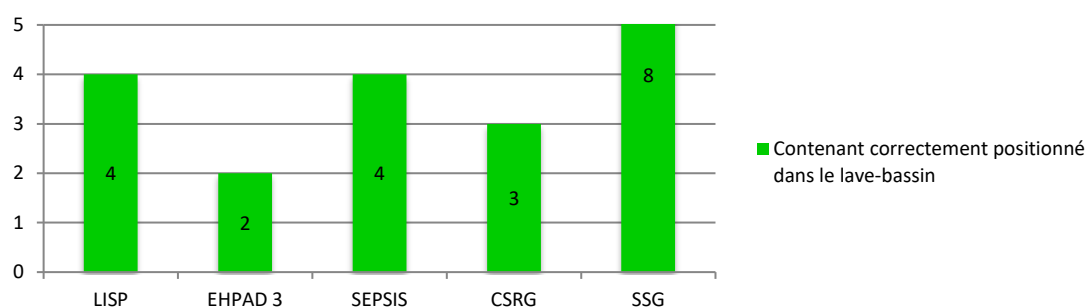
L'ouverture de la porte est principalement réalisée avec la commande au pied (12/21).

- **Contenant correctement positionné dans le lave-bassin ?**

Standard attendu	Les contenants et leurs couvercles sont chargés sur la grille adaptée en respectant le schéma sur le lave-bassin.
-------------------------	---

Figure 18

Chargement du lave-bassin de manière correcte, n=21



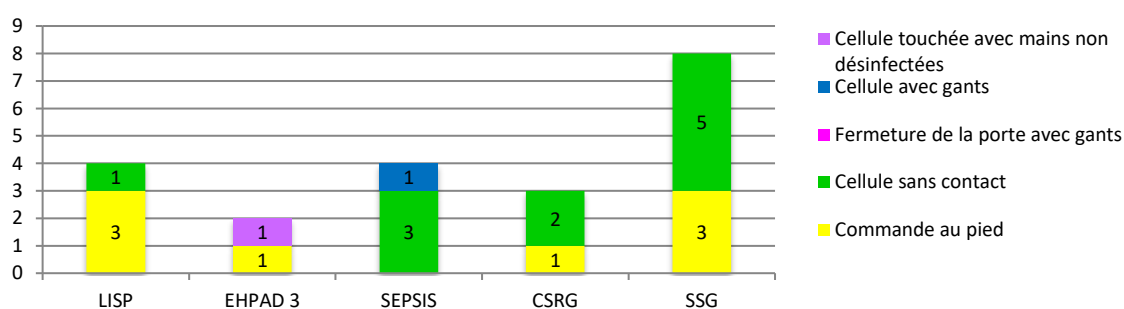
Le chargement est conforme à l'attendu pour toutes les situations (21/21).

- **Comment est actionnée la fermeture de la porte du lave-bassin ?**

Standard attendu	Fermeture de la porte du lave-bassin réalisée sans contact, commande au pied, ou avec des mains désinfectées.
-------------------------	---

Figure 19

Modalité de la fermeture de la porte du lave-bassin, n=21



Les fermetures de porte répondent au standard attendu (20/21) et sont majoritairement exécutées avec la cellule sans contact.

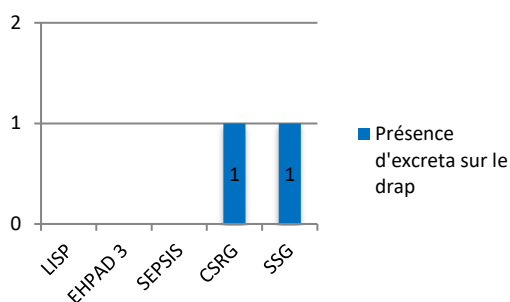
GESTION DE L'ENVIRONNEMENT ET DU LINGE SALE

- **Présence d'excreta sur le drap et type de souillures**

**Standard
attendu**

Observer si présence de souillures sur les draps.

Figure 20
Présence d'excreta sur les draps, n=21

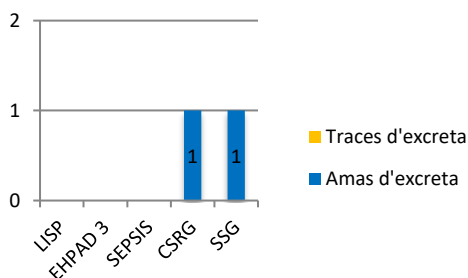


La présence d'excreta sur les draps est retrouvée 2/21 observations

**Standard
attendu**

Différencier les traces de souillures et les amas d'excreta.

Figure 21
Type de souillures, n'=2

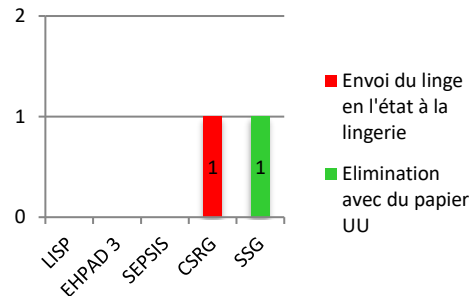


Des amas d'excreta ont été observés dans toutes les situations (2/2).

**Standard
attendu**

Éliminer les amas d'excreta avec un papier UU.

Figure 22
Méthode d'élimination des excreta, n'=2



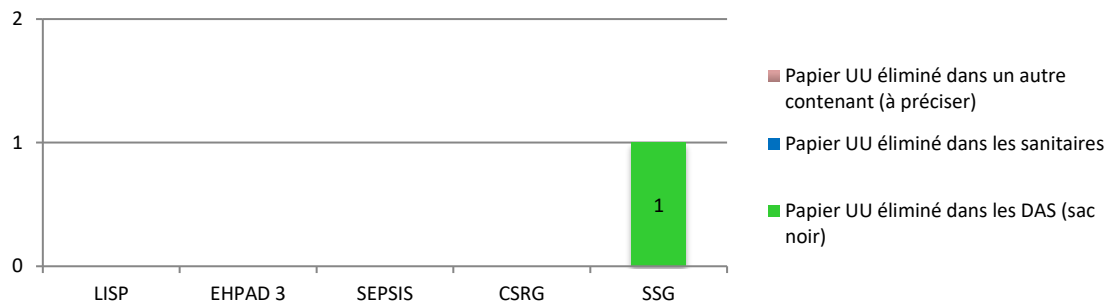
1/2 observation répond au standard attendu.

- Si emploi d'un papier UU, où est-il éliminé ?

**Standard
attendu**

Le papier UU ayant servi à retirer les excreta est éliminé dans les sanitaires, ou dans un sac DAS.

Figure 23
Élimination du papier UU nécessaire au retrait des excreta, n'=1



Le papier UU a été éliminé dans la filière attendue (1/1).

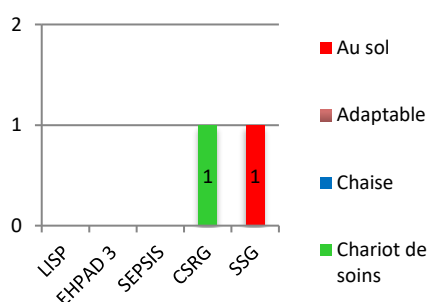
- Dans quel endroit a été déposé le linge souillé après son retrait du lit ? Ce support a-t-il été bionettoyé ?

**Standard
attendu**

Le drap souillé, après son retrait du lit, est déposé sur le bas du chariot de soin, ou sur le dossier d'une chaise.

Figure 24

Lieu de dépose du drap souillé, n'=2



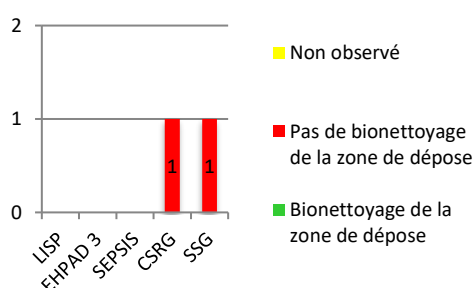
Le drap souillé a été déposé sur le chariot de soins 1/2 fois.

**Standard
attendu**

La zone de dépose du drap souillé doit être bionettoyée.

Figure 25

Bionettoyage de la zone de dépose du drap souillé, n'=2

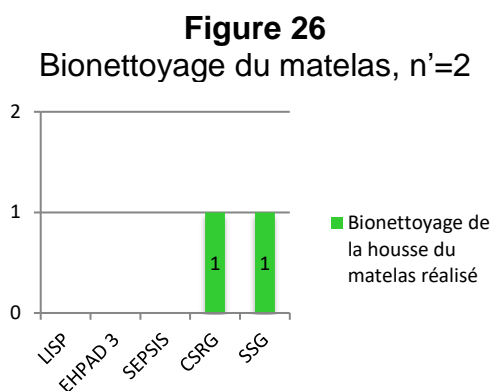


Le standard attendu n'a pas été observé (0/2).

- **Bionettoyage de la housse du matelas réalisée ? Si oui, avec quel produit ?**

**Standard
attendu**

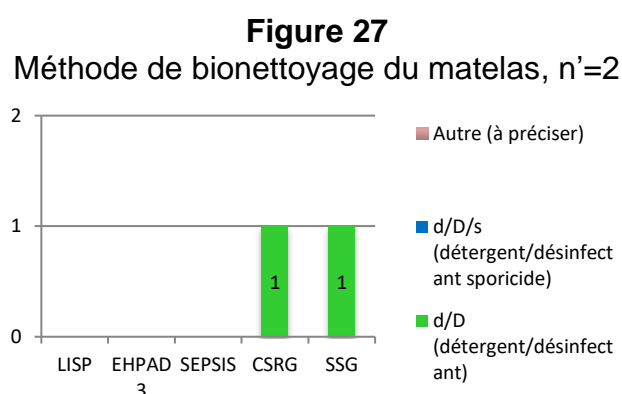
Bionettoyage du matelas où se trouvait un drap souillé.



Tous les matelas ont bénéficié d'un bionettoyage (2/2).

**Standard
attendu**

Bionettoyage avec du détergent désinfectant.



La réalisation du bionettoyage du matelas a été observée toutes les fois avec du détergent désinfectant (2/2).

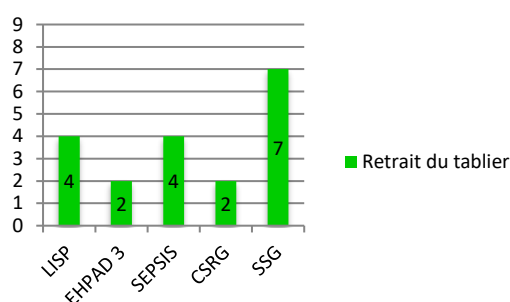
LES PRECAUTIONS STANDARD APRES LE SOIN

Après l'utilisation du lave bassin :

- Retrait du tablier UU et son élimination

Standard attendu	Port d'un tablier à usage unique soit effectif pour le transport des contenants vers le lave-bassin.
-------------------------	--

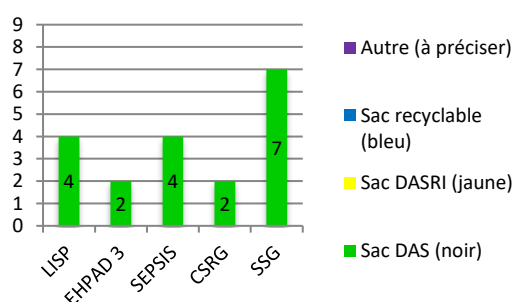
Figure 28
Retrait du tablier UU, n'=19



Le tablier plastique a été retiré dans toutes les situations observées (19/19).

Standard attendu	Si port d'un tablier UU, retrait immédiat après le chargement dans le lave-bassin
-------------------------	---

Figure 29
Modalité d'élimination du tablier UU, n'=19



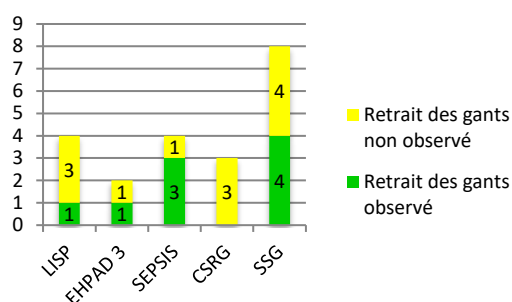
Le tablier UU a été éliminé conformément au standard attendu (19/19).

- **Retrait des gants UU et leur élimination**

**Standard
attendu**

Les gants sont retirés après le chargement du lave-bassin.

Figure 30
Retrait des gants UU, n=21

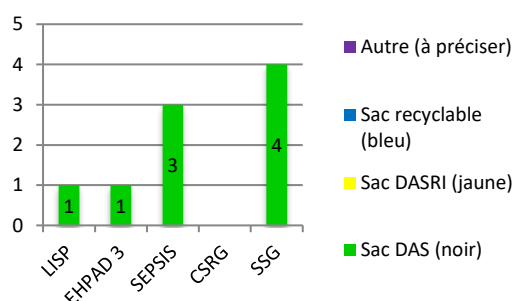


Le retrait des gants a été observé 9/21.

**Standard
attendu**

Les gants sales sont éliminés dans un sac poubelle DAS.

Figure 31
Modalité d'élimination des gants UU, n'=9

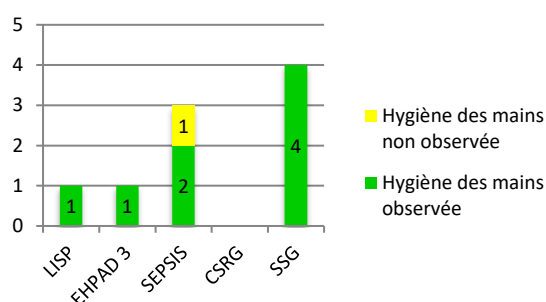


L'élimination des gants a toutes les fois observé le standard attendu (9/9).

- **Hygiène des mains réalisée (après le retrait des gants) et type d'hygiène des mains**

Standard attendu	Réalisation d'une hygiène des mains après le retrait des gants UU.
-------------------------	--

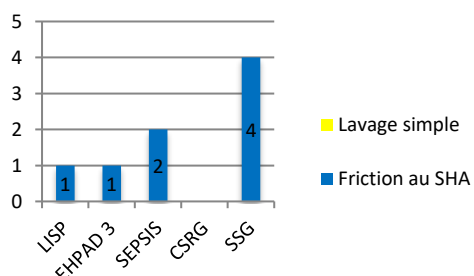
Figure 32
Hygiène des mains après le retrait des gants, n'=9



L'hygiène des mains a pu être observée 8/9.

Standard attendu	Si réalisation d'une hygiène des mains, faite avec une friction au SHA.
-------------------------	---

Figure 33
Modalité de l'hygiène des mains, n'=8



Toutes les hygiènes des mains ont été réalisées avec du SHA (8/8).

Après la gestion du linge sale

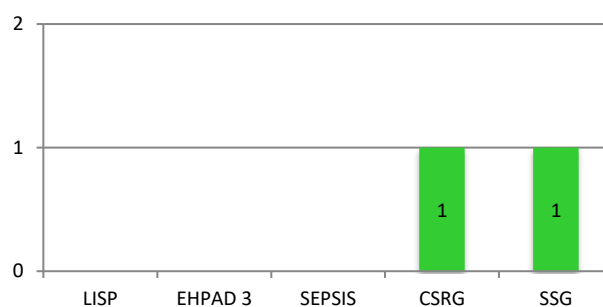
- Retrait du tablier UU à l'issue de la gestion du drap souillé et mode d'élimination ?

Standard attendu

Le tablier plastique UU soit retiré à l'issue du soin.

Figure 34

Retrait du tablier plastique UU, n'=2

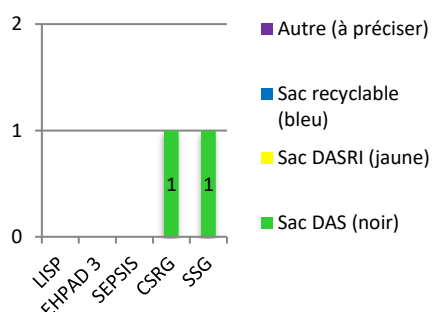


Standard attendu

Le tablier plastique UU est à éliminer en sac DAS.

Figure 35

Modalité d'élimination du tablier UU, n'=2



Le standard attendu concernant l'élimination du tablier UU a été totalement respecté (2/2).

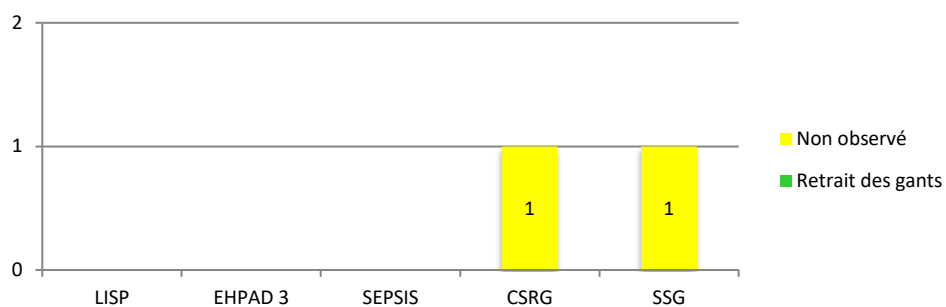
- **Retrait des gants UU, leur mode d'élimination et l'hygiène des mains qui suit leur retrait ?**

**Standard
attendu**

Retrait des gants à l'issue du soin.

Figure 36

Retrait des gants à l'issue du soin, n'=2



Sur les 2 attendus, 0/2 retrait de gants n'a été observé. Par conséquent, les questions concernant l'élimination des gants et l'hygiène des mains consécutivement au retrait des gants n'ont pas pu être traitées.

VI) Exploitation des résultats

6.1 - Analyse et discussion

L'analyse compare les résultats des audits de ressources et d'observations avec les recommandations concernant la gestion des excréta.

TERRAIN ET PROFESSIONNELS OBSERVES

Sur les 21 situations observées, la majorité l'ont été du service du SSG (8/21). Le jour de l'audit des ressources, ce service accueillait 82 % de patients continents dépendants (contre 24 % en moyenne pour les 8 unités du CHPH). Bien que ce service comptabilise 11 % du nombre total des lits des 8 unités observées, (le situant en cinquième position), il est celui qui a le taux d'occupation des lits le plus important (93 %, contre une moyenne de 82 %). Cela peut expliquer alors qu'il soit le service présentant le plus grand nombre d'opportunités d'observations des pratiques dans la gestion des excréta.

Les professionnels les plus observés sont des aides-soignants (13/15) dont certains ayant fait l'objet de plusieurs observations. La gestion des excréta, du rôle propre de l'infirmier, leur est déléguée. Pour rappel, on comptabilise 97 aides-soignants, 10 FFAS et 75 infirmiers sur les unités.

Les situations les plus observées concernent le retrait d'un urinal (10/21), puis le retrait d'un pot à urines (7/21), le retrait d'un bassin (3/21) et pour finir le retrait d'un bassin chaise garde-robe (1/21). Les urinaux masculins dans les services sont au nombre de 52 (4 supplémentaires avec une valve anti-reflux) et c'est également le contenant avec le plus faible taux de conformité (21 %) : manque de couvercle, contenant terni ou tâché.

Concernant l'hygiène des mains et le port des EPI avant la gestion des excréta et afin de limiter le risque de transmission croisée, il est impératif de se conformer aux « précautions standard » et aux « précautions des infections en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » de la SF2H : « *faire une hygiène des mains avant un contact avec le patient* », « *porter des gants en cas de risque d'exposition au sang ou tout autre produit biologique d'origine humaine, de contact avec une muqueuse ou la peau lésée* », « *mettre les gants juste avant le geste...* » et « *porter un tablier imperméable à usage unique lors de tout soin*

souillant ou mouillant ou exposant à un risque de projection ou d'aérosolisation de produit biologique d'origine humaine »⁽²⁸⁾.

Bien que toutes les chambres des patients/résidents soient pourvues d'un distributeur de solution hydro-alcoolique ou d'un point de lavage des mains, on observe qu'une hygiène des mains (17/21) et réalisée avec de solution hydro-alcoolique (17/21).

Le port des gants UU en vinyle, qui a été observé chez tous les soignants (21/21), n'a pas toujours été consécutif à une hygiène des mains. De plus, ils n'ont été mis en place qu'avant le soin que dans 17 observations sur 21, ce qui offre des possibilités de manuportage.

La présence d'un tablier plastique UU n'a pas été retrouvée au niveau du local de décontamination (0/8) (au cas où il soit nécessaire de réaliser un bionettoyage d'un contenant par immersion). Les professionnels se doivent d'en porter un, selon les recommandations standard, pour tout soin souillant/mouillant et son port a bien été observé lors des pratiques (19/21) ce qui signifie que les soignants savent où s'en procurer un. Tout manquement au port d'un tablier UU risquerait de contaminer leur tenue professionnelle pouvant être la source d'une transmission croisée. Ils se doivent d'en changer entre deux patients (17/19).

Tous les services sont dotés de **contenants à excreta** (8/8) et en quantité suffisante (7/8) pour répondre aux besoins du service. Une exception retrouvée à l'INTER R4 qui avait une cantine et trois urinaux dépourvus de couvercles. Les contenants les plus présents dans les services sont les bassins (74), les cantines à diurèse (66) et les urinaux masculins (52). Les situations observées font appel à ces contenants, mais dans l'ordre inversé, à savoir : le retrait d'un urinal (10/21), la vidange d'un pot à urines (7/21) et le retrait d'un bassin (3/21). Cela intéresse sur l'adéquation des contenants avec les besoins réels des services.

On s'aperçoit également d'une grande disparité dans les besoins d'aide à l'élimination au sein des différentes unités. Ainsi, on constate une autonomie totale chez les patients à l'INTER R3, où 0 % ont recourt à un contenant et pouvant aller jusqu'à 82 % au SSG. Aussi, on peut s'interroger sur l'utilité d'un lave-bassin à l'INTER R3 et l'INTER R4 (2% de patients continents dépendants), sachant qu'ils comptabilisent respectivement une moyenne de 0,7 et 0,6 cycle/jour (cf. annexe 1).

Les patients qui sont pourvus d'un dispositif urinaire (sonde à demeure, cystocath, Bricker), sont quant à eux très majoritairement admis au Sepsis (44 %), soit 7 patients pour lesquels on retrouve des cantines à diurèses conformes (7/11).

Afin de limiter la transmission croisée, les contenants doivent présenter un aspect brillant, ne pas être rayés ou striés, ni poreux et ne pas être sales malgré plusieurs cycles au lave-bassin. Il est d'ailleurs recommandé de renouveler les équipements à minima une fois par an. Quand ils ne respectent pas les standards attendus, il faut se rapprocher de la cadre du service pour l'achat de nouveaux contenants. Malgré cela, seuls les urinaux avec valve anti-reflux respectent à 100 % le standard attendu, contre 21 % seulement pour les urinaux masculins, 78 % pour les bassins et 89 % pour les cantines.

Le transport des contenants pleins doit se faire muni d'un couvercle pour éviter l'aérosolisation et pour éviter d'éventuelles projections lors du transport. Cependant, aucun service ne dispose d'un nombre de couvercles suffisants (0/8). Des urinaux sont conformes aux attendus (11/52) cependant les écarts aux attendus le sont à chaque fois par manque de couvercle (41 couvercles manquants). D'ailleurs dans les situations observées, le couvercle était présent (16/21) et les 5 fois où il manquait, il s'agissait des urinaux. Une professionnelle avait remédié au manque d'un couvercle en obstruant l'urinal avec du papier UU. Dans son évaluation « Excreta : lancez l'alerte » ⁽⁹⁾ de 2019, le CPias ARA avait déjà observé l'usage non approprié de couvercles (91 couvercles sur 213 situations).

Ce manque de couvercle pour les urinaux peut s'expliquer par le fait qu'il est nécessaire de réaliser 2 cycles au lave-bassin pour les urinaux : 1 pour l'urinal proprement dit sur un support adapté et 1 dans une panier fermée pour le couvercle. A défaut, le couvercle est éliminé avec les excreta dans l'évacuation du lave-bassin. Le rachat seul de ces couvercles n'est actuellement pas possible auprès de notre fournisseur de matériel de recueil. Il conviendra de prospecter auprès d'un autre distributeur. Cependant, pour les 16/74 couvercles de bassins et les 2/66 couvercles de cantines manquants, l'évacuation dans le lave-bassin n'est pas rendue possible compte-tenu de la dimension des couvercles.

LES MODALITES D'UTILISATION DU LAVE-BASSIN

Les lave-bassins pour permettre un bionettoyage efficient des contenants doivent bénéficier d'une maintenance régulière. Pour se faire ils bénéficient tous d'une maintenance annuelle à minima (8/8). L'année dernière, 13 pannes ont été observées, dont (3/13) au SSG (moyenne de 3,8 cycles/jour) ainsi qu'au Sepsis (moyenne de 7 cycles/jour), générant 32 journées d'immobilisation d'un lave-bassin, dont 22 jours au NOD lié à l'attente d'une pièce de rechange. Le jour de l'audit de ressources, les lave-bassins étaient tous opérationnels (8/8), leur accessibilité facile (8/8), leur utilisation faite en routine (8/8) et n'y avait pas de contenant plein en attente alors que le lave-bassin était disponible (7/8), à l'exception du service de l'INTER R4.

Les fonctions du lave-bassin sont la vidange, puis le lavage, la désinfection et le séchage. Par conséquent, il n'a pas lieu de vidanger le contenant dans un autre lieu. Dans les observations, la vidange en amont n'a pas été observée (20/21), à l'exception d'une fois au SSG. En amont, le professionnel a rincé le contenant (1/1) avec le pommeau de la douche (1/1) risquant ainsi de contaminer sa tenue professionnelle et l'environnement du patient, avant d'utiliser le lave-bassin.

A l'emploi du lave-bassin, ce dernier était immédiatement disponible (16/21). A défaut, le contenant plein a été déposé comme cela est attendu sur la zone de dépose à côté du lave-bassin (5/5). Pour ouvrir la porte du lave-bassin sans contaminer ses parois avec des mains ou gants souillés, les professionnels ont utilisé la commande au pied (12/21) ou la cellule sans contact (9/21). Ils ont donc respecté le standard attendu à chaque observation. Le chargement des contenants a été observé de manière correcte toutes les fois (21/21), conformément au schéma de chargement affiché sur la façade du lave-bassin. Aucune indication n'est fournie concernant les couvercles des urinaux et s'ils ont été placés dans la panier spécifique. La quantité de produit de rinçage est à chaque fois suffisante, en adéquation avec les recommandations du fabricant (8/8) et c'est ce qui peut expliquer que les buses soient propres et exemptes de tartre (8/8).

Quant à la fermeture de la porte du lave-bassin, elle a été conforme au standard attendu (19/21). Un professionnel a touché la cellule avec des mains non préalablement désinfectées (1/21) et un autre avec des gants souillés (1/21).

. La propreté du lave-bassin :

Le nettoyage de l'environnement des lave-bassins, tout comme les sanitaires, est réalisé quotidiennement (8/8). Une fiche de traçabilité permet de suivre la régularité de ces entretiens et comporte les initiales de l'agent qui a assuré le bionettoyage. C'est ce qui peut expliquer que tous les lave-bassins ont tous été retrouvés propres le jour de l'enquête (8/8).

L'emploi **des sacs protecteurs absorbants** n'a pas été observé. Les lave-bassins étaient fonctionnels (8/8) et absence de selles infectieuses (*GEA BHRe, Clostridioides difficile*) dans les services les jours d'observation. Dans l'audit de ressources, la présence de sacs protecteurs absorbants a été retrouvée dans tous les services observés (8/8). Ils sont adaptés aux contenants présents dans les unités (8/8).

LE LOCAL UTILITAIRE SALE (DECONTAMINATION)

Il n'a pas fait l'objet d'observation (0/21), mais il permet aux professionnels de réaliser le bionettoyage des contenants en cas de panne d'un lave-bassin. Pour ce faire, il est attendu que ce local soit équipé d'un distributeur de SHA (7/8) et d'EPI : boîte de gants en vinyle UU (3/8), tabliers en plastique UU (0/8), masques à usage médical en cas de risque d'aérosolisation (0/8). Un collecteur pour permettre d'évacuer les déchets (6/8)

Pour le bionettoyage des contenants : un bac d'immersion (8/8) et un plan d'égouttage (8/8) répondent aux standards attendus.

Concernant **les attendus à l'issue du soin**, le retrait du tablier plastique UU a été observé chez tous les professionnels qui en portaient un (19/19) et ce dernier a été éliminé toutes les fois dans un collecteur de déchets DAS (19/19).

Le retrait des gants a été observé peu souvent (9/21). Il est possible que les étudiants qui ont réalisé les observations n'aient pas compris le moment où il fallait renseigner ce critère dans la grille, du fait que la thématique venait après le retrait de la surblouse (situation spécifique aux précautions complémentaires) et qu'ils aient également associé le retrait du port des gants à ce cas précis. Toutefois, les gants retirés ont toutes les fois été éliminés en DAS (9/9).

Du fait d'un manque d'observation du retrait des gants, l'hygiène des mains à la fin du soin, a également été peu observée (8/9), mais toutes l'ont été avec de la solution hydro-alcoolique (8/8).

On constate qu'en cas de mains souillées, la possibilité de réaliser un lavage des mains au savon doux dans le local utilitaire sale est rendu possible (2/8). En effet, seuls les services de l'INTER R3 et R4 possèdent une zone de lavage des mains distincte de la zone de nettoyage du matériel. Les unités de l'Albarine, toutes construites sur le même modèle, en sont dépourvues et cela peut conduire à des risques de transmission croisée du fait de l'éloignement d'un point d'eau pour les professionnels.

. L'entretien du local utilitaire sale :

Tous les locaux utilitaires sales sont propres (8/8) et bénéficient d'un entretien quotidien avec une fiche de traçabilité (8/8).

. Agencement du local utilitaire sale :

L'agencement du local utilitaire sale ne permet pas de différencier une zone propre et une zone sale (4/8) lié à l'architecture actuelle du local.

. Le stockage des contenants :

Le lieu de stockage des bassins, pots et urinaux a été retrouvé dans une zone distincte et propre (7,5/8). A l'exception du service NOD, bien que disposant d'une zone de stockage des contenants propres, où on retrouve des contenants sur les étagères jouxtant le lave-bassin. Ce lieu de stockage est adapté pour les bassins et pots (7,5/8). Cependant dans le service de l'INTER R3, cette zone de stockage est située sous un évier qui présente une fuite d'eau. Par conséquent de l'eau s'écoule dans le contenant situé en dessous.

Concernant **la gestion du linge souillé par des excréta et le bionettoyage de son environnement**, il convient d'éliminer le plus gros des excréta avant l'envoi en lingerie et de ne pas déposer du linge souillé au sol. Le professionnel doit porter des gants et un tablier UU suivant les recommandations standard et réaliser le bionettoyage de l'environnement du patient, ainsi que la zone de dépose du drap souillé. Lors des observations, la présence de selles est constatée sur les draps (2/21). Il s'agit à chaque fois d'amas d'excréta (2/2). Les professionnels portaient des gants (2/2) et un tablier à usage unique (2/2). Les excréta ont été retirés avec du papier UU (1/2) avant d'être éliminés dans un sac poubelle noir (1/2), tandis qu'un drap (1/2) est parti en lingerie en l'état. Les draps souillés ont été déposés au sol (1/2) et sur le chariot de soins (1/2). Dans ces 2 situations, le bionettoyage de la zone de dépose n'a pas été observée (0/2). Le bionettoyage de la housse du matelas à quant à lui été réalisé (2/2) avec du détergent désinfectant (2/2).

Dans ces situations précises, concernant le retrait des EPI et l'hygiène des mains à l'issue du soin, les tabliers UU ont été retirés (2/2) et éliminés dans un sac DAS (2/2). Quant au retrait des gants, il n'a pas été observé (0/2) et par conséquent l'hygiène des mains non plus (0/2).

Les écarts de pratiques observés peuvent être générés par :

- un défaut de matériel conforme aux attendus (ex : manque de couvercles),
 - un manque de connaissance du personnel (ex : absence de port d'un tablier),
 - un turn-over au sein des équipes,
 - des locaux liés à la gestion des excréta éloignés les uns des autres (local de stockage, local lave-bassin, local de décontamination).
- Toutefois, l'établissement s'est correctement doté du matériel et moyens pour gérer correctement les excréta et la survenue de cas de BHRe.

Points forts de l'étude	Axes d'amélioration
TERRAIN ET PROFESSIONNELS OBSERVES	
<ul style="list-style-type: none"> • Port des gants en vinyle pour la gestion des excréta • Présence de distributeurs de SHA et de points de lavage des mains • Dotation de contenants à excréta en quantité suffisante • Conformité des urinaux avec valve anti-reflux • Hygiène des mains réalisée avec une solution hydro-alcoolique • Mise à disposition d'EPI (gants, tabliers) • Bionettoyage de la housse du matelas avant de mettre un drap propre 	<ul style="list-style-type: none"> • Couvercles manquants (sur les urinaux) et aspect terni ou taché pour des contenants (non renouvellement des matériels) • Port de gants non mis en place juste avant le soin • Hygiène des mains non réalisée en systématique avant le port de gants • Absence de tablier plastique UU ou non changé entre 2 patients/résidents

LES MODALITES D'UTILISATION DU LAVE-BASSIN

- Maintenance régulière des lave-bassins
- Présence de lave-bassins opérationnels dans les unités
- Lave-bassins accessibles et utilisés en routine
- Absence de contenant plein en attente quand le lave-bassin est disponible
- Contenants pleins déposés sur la zone dédiée quand le lave-bassin n'était pas disponible
- Ouverture de la porte du lave-bassin sans contact
- Chargement correct des contenants dans le lave-bassin
- Bionettoyage des lave-bassins (fiche de traçabilité)
- Présence de sacs protecteurs absorbants (cas de panne du lave-bassin ou selles infectieuses)
- Gestion du liquide de rinçage du lave-bassin
- Buses des lave-bassins propres et absence de tartre
- Vidange manuelle dans les sanitaires
- Rinçage d'un contenant avec la douche de la chambre
- Fermeture de la porte du lave-bassin avec gants ou mains souillés

LE LOCAL UTILITAIRE SALE (DECONTAMINATION)

- Présence d'un bac d'immersion et d'un plan d'égouttage
- Retrait du tablier plastique UU sale et élimination en DAS
- Locaux propres et avec un bionettoyage réalisé quotidiennement (fiche de traçabilité)
- Zone de stockage propre pour les contenants propres
- Gestion du linge souillé avec des gants et un tablier plastique UU
- EPI manquants dans la zone de décontamination
- Manque d'un point d'eau pour le lavage des mains vers la zone de décontamination à l'Albarine
- Zone propre et zone sale mal définies (architecture non adaptée)
- Absence de retrait d'un amas d'excreta sur un drap
- Dépose d'un drap souillé au sol
- Absence de bionettoyage de la zone de dépose du linge souillé
- Peu d'observations relatives au retrait des gants et à l'hygiène des mains

a) Points forts

A l'issue de la restitution de l'audit des ressources dans les services, plusieurs d'entre eux ont procédé à des actions correctives afin notamment de mettre en place des équipements de protection individuelle dans le local utilitaire sale et un distributeur de solution hydro-alcoolique où il était manquant.

Les locaux pour les lave-bassins n'étant pas adaptés, une relance a été faite auprès du responsable de la maintenance. La restructuration de l'établissement prévue pour fin d'année 2025/2026 prévoit de concevoir des locaux avec une zone de dépose sale distincte de la zone propre, un lave-bassin, une zone de rangement du matériel propre, un lave-main, un revêtement mural et un sol carrelé. Un distributeur de savon doux et de solution hydro-alcoolique ainsi qu'un support à déchets viendront compléter ce local.

La formation dont a bénéficié des agents de notre service de maintenance par notre fournisseur de lave-bassin, permet de remédier en interne à la plupart des pannes, de réaliser les maintenances annuelles et limitent les temps d'immobilisation des équipements.

Une bonne participation à l'audit Eva-GEx conduit en 2023 et 2024 a permis d'établir une cartographie des pratiques déclarées par les professionnels et les freins qu'ils relèvent pour la gestion des excréta selon les attendus.

b) Limites

Les personnels de nuit n'ont pas pu être inclus à cette enquête bien qu'ils fassent partie intégrante de la continuité de ces soins. Les faisant fonction d'aides-soignants n'ont pas été observés dans leurs pratiques, ce qui aurait été intéressant puisqu'ils ne bénéficient pas d'une formation diplômante.

Les professionnels peuvent se montrer réfractaires à être observés dans leurs pratiques professionnelles, d'autant qu'ils l'ont été par des étudiants en soins infirmiers, auxquels ils ne confèrent pas toujours de légitimité.

Les étudiants n'ont pas toujours renseigné la grille d'évaluation des pratiques selon les attendus, soit par incompréhension de celle-ci, bien que des explications orales et un guide de l'enquêteur leur a été remis le premier jour de l'audit, soit parce que cette dernière pouvait manquer de clarté.

Enfin, le professionnel peut modifier ses pratiques professionnelles lorsqu'il se sait observé (effet Hawthorne), de même que l'auditeur peut impacter sur les données recueillies de par son ressenti plus que par ses observations (effet Halo).

c) Perspectives futures

Pour remobiliser les connaissances des professionnels, un Escape Game va être organisé autour de la gestion des excréta. Au cours de mon stage avec l'Equipe Mobile d'Hygiène (EMH) de Bourg-en-Bresse, j'ai pu mesurer à quel point le jeu peut aider les professionnels à acquérir ou consolider des connaissances. D'une durée limitée, inférieure à une heure de temps pour répondre aux impératifs des services, il permettra aux professionnels d'être acteurs, de fédérer les équipes afin qu'ils trouvent ensemble comment se conformer aux attendus en hygiène hospitalière. Pour ce faire, il serait essentiel d'impliquer les correspondants en hygiène dans l'organisation de cet Escape Game.

Autre action de prévention qui est envisagée : la chambre des erreurs. Notre Direction des Soins souhaiterait en effet qu'une chambre des erreurs soit réalisée conjointement avec l'hémovigilance, l'infectiovigilance, la matériovigilance, la pharmacovigilance et l'identitovigilance. Selon un scénario commun, les professionnels devraient relever les erreurs à l'identique du schéma de James REASON (figure 5), afin de mettre en place des barrières permettant d'éviter la survenue d'une récurrence d'erreurs (gestion des risques à priori).

Enfin, pour analyser et d'améliorer les pratiques des professionnels, il semble nécessaire de poursuivre l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour mesurer l'acquisition de nouvelles connaissances via de nouveaux outils d'enseignement, comparer les pratiques des professionnels avec les référentiels et protocoles de l'établissement. Il semble également important de reconduire l'audit des ressources, afin d'apprécier les équipements dont disposent les professionnels pour appliquer les protocoles.

6.2 - Le programme d'action

Actions	Objectifs	Moyens	Pilote	Calendrier
1 – Hygiène des mains	. Sensibiliser les soignants (IDE, AS et FFAS) à l'hygiène des mains pour éviter tout risque de transmission croisée.	. Procédures . Caisson pédagogique . Solution hydro-alcoolique phosphorescent . Affiche StopRisk ⁽⁴³⁾ « hygiène des mains »	Ide de l'EOHH <u>Collaborateurs</u> : correspondants en hygiène	Court terme : novembre 2025
2 - Escape Game	. Permettre à ses équipes pluridisciplinaires (IDE, AS et FFAS) de mobiliser leurs connaissances pour solutionner des énigmes en ligne avec la gestion des excreta	Escape Game du CPIas Normandie sur les précautions standard ⁽⁴²⁾ . Une chambre non occupée . Une armoire . Caisson pédagogique . SHA . Gants, tablier, surblouse . Un mannequin . Une chemise d'opéré . Un bassin . Un sac collecteur avec gélifiant . Une valise	Ide de l'EOHH <u>Collaborateurs</u> : Correspondants en hygiène	Court terme : décembre 2025

		<ul style="list-style-type: none"> . Un dossier . Pochette plastique transparente rouge . Gel fluo et une lampe UV . Marc de café (pour représenter les selles) . Sac poubelle . 3 cadenas à code 4 chiffres . Impression du puzzle, des photos de situations de soins, la planche polycrypto-chromatographie et le document d'évaluation 		
3 - Procédures avec QR Code vers une vidéo	Permettre aux professionnels de visualiser la procédure de l'établissement	Salle de réalité virtuelle (IFSI du Bugey) <ul style="list-style-type: none"> . Protocoles du CHPH . Equipements de protection individuelle (tablier, gants, surblouse). . Solution hydro-alcoolique . Contenants (bassin, urinal, cantine) . Lingette nettoyante désinfectante 	Ide EOHH <u>Collaborateurs</u> : Formateurs de l'IFSI Direction des soins Praticienne en hygiène	Moyen terme : mars 2026

4 - Audit des ressources	Comparer les équipements dont disposent les professionnels pour la gestion des excreta par rapport à N-1. Vérifier l'intégrité des contenants, leur quantité, la présence des EPI, la propreté des locaux et du lave-bassin.	Grille d'audit de ressources (Annexe 9)	Ide EOHH	Audit : janvier 2026 Restitution : février 2026
5 - Locaux lave-bassin	Se conformer aux recommandations pour les locaux lave-bassin et faciliter le travail des professionnels en regroupant les postes de travail.	. Plans . Devis de réalisation . Demande aux correspondants en hygiène leur avis sur l'aménagement du local	Responsable de la maintenance/environnement <u>Collaborateurs</u> : Direction de l'établissement L'équipe opérationnelle d'hygiène Les correspondants en hygiène	Long terme : fin d'année 2027

VII) Conclusion

Cette étude s'est intéressée aux pratiques professionnelles lors de la gestion des excréta dans un contexte d'augmentation des BHRé et BMR, ces dernières années, au sein du CHPH.

Bien que le personnel soit formé aux bonnes pratiques en hygiène hospitalière (à son arrivée et régulièrement au cours de son exercice), le turn-over des FFAS et les départs à la retraite d'aides-soignants et infirmiers sont suppléés avec des nouveaux agents dont les connaissances sont à consolider. Aussi, le manque d'effectif demeure un frein à la formation continue des équipes.

L'application des recommandations de la SF2H concernant les précautions standard demeure le levier essentiel pour lutter contre le péril fécal. L'équipe opérationnelle d'hygiène forme et accompagne les professionnels dans ces bonnes pratiques. Elle réalise également une veille des infections dans les différents services de l'établissement.

Les 8 services équipés de laveurs-désinfecteurs de bassins ont fait l'objet d'un audit de ressources. Ce diagnostic a permis de savoir si le matériel à disposition des équipes est en adéquation pour se conformer aux protocoles. Ainsi, il conclut que les EPI sont disponibles et que la présence de distributeurs de SHA et les points d'eau (sauf dans les locaux de décontamination de l'unité Albarine) permettent d'assurer une hygiène des mains. Les contenants permettant le recueil des excréta sont présents mais leur renouvellement n'est pas toujours assuré expliquant des taux de conformité faibles pour certains d'entre eux (couvercles d'urinaux très souvent manquants avec un risque accru de contamination de l'environnement par aérosolisation lors du transport). Il a également confirmé que la maintenance et l'entretien des lave-bassins sont conformes à la réglementation.

Dans un second temps, un audit d'observation délégué aux étudiants en soins infirmiers de 3^{ème} année, a permis d'évaluer les pratiques professionnelles.

Ces observations, principalement réalisées auprès des aides-soignants, ont mis en lumière : des hygiènes de mains non réalisées, des oublis du port de tablier plastique à UU et le transport d'urinaux sans couvercles. Il conviendra de former à nouveau les professionnels sur ces axes essentiels.

La restitution de l'audit de ressources a été menée auprès des équipes et les résultats [Annexe 10] ont été affichés dans les lieux observés (local de stockage, local lave-bassin et local de décontamination). Sensibilisées et mobilisées, les équipes ont à la suite mis en place des actions correctives. Ainsi, des EPI et la pose d'une patère murale pour accrocher des tabliers UU ont été positionnés dans le local de décontamination.

Dans les suites immédiates de la restitution de l'audit d'observation (auprès de tous les services), les affiches STOPRISK du CPias Auvergne-Rhône-Alpes ⁽⁴³⁾ sur l'« hygiène des mains » et la « gestion des excréta » ont été placardées. Elles permettent de faire des rappels visuels clairs des attendus auprès des professionnels.

Afin de fédérer les équipes et d'enrichir leurs connaissances sur le péril fécal, un Escape Game va être organisé en collaboration avec les correspondants en hygiène. Il a l'avantage d'être une durée courte et fait participer les différents acteurs. Parallèlement, une sensibilisation à l'hygiène des mains sera menée auprès des professionnels, dans leurs services, avec un caisson pédagogique et une solution hydro-alcoolique fluorescente.

A plus long terme, pendant la restructuration du CHPH, la réorganisation du local lave-bassin faciliterait la gestion des excréta en regroupant des postes de travail actuellement disparates dans les unités de soins. L'implication des professionnels à collaborer à ce projet serait un réel atout. Lors des audits Eva-GEx les professionnels avaient spécifié des freins aux bonnes pratiques et cela leur permettrait de verbaliser leurs attendus.

Enfin, comme l'indique le cercle vertueux de la « roue de Deming »⁽¹⁶⁾, il convient de contrôler et vérifier (Check) ce qui est mis en œuvre sur le terrain. Nul doute qu'en impliquant les professionnels et en menant des actions conjointes (formations, investissements de matériel), on continue de progresser dans nos pratiques professionnelles.

Bibliographie

1 - INRS Santé et sécurité au travail. Infections à Clostridioides difficile [en ligne]. Décembre 2024 [consulté le 20 avril 2025]. Disponible sur :

https://www.inrs.fr/publications/bdd/eficatt/fiche.html?refINRS=EFICATT_Infections%20%C3%A0%20Clostridioides%20difficile

2 - Institut Pasteur. Résistance aux antibiotiques [en ligne]. Juillet 2024 [consulté le 20 avril 2025]. Disponible sur : <https://www.pasteur.fr/fr/centre-medical/fiches-maladies/resistance-aux-antibiotiques>

3 - Société Française d'Hygiène Hospitalière - Actualisation des précautions standard Etablissements de santé Etablissement médicosociaux Soins de ville [en ligne] Juin 2017 [consulté le 29 juillet 2025]. Disponible sur : <https://www.sf2h.net/publications/actualisation-des-precautions-standard.html>

4 - RéPias. Evaluation des pratiques de prévention du péril fécal dans les établissements de santé - EvaGex [en ligne]. Octobre 2022 [Consulté le 9 janvier 2023]. Disponible sur : <https://cpias-grand-est.fr/wp-content/files/2024/08/cpias-grand-est-spares-35.pdf>

5 - Secrétariat d'Etat à la santé aux handicapés, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de la santé – Circulaire DGS/DHO S/E 2 n°2000-645 du 29 décembre 2000 relative à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé [en ligne] 29 décembre 2000 [Consulté le 2 mai 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2001/01-03/a0030151.htm>

6 - Santé publique France - Bilan annuel des signalements BHRe 2023 [en ligne] 4 juin 2024 [Consulté le 4 mai 2025]. Disponible sur : [file:///C:/Users/zelin/Downloads/BHRe_bilan_annuel_signalements_e-SIN2023-1.pdf](file:///C:/Users/zelin/Downloads/BHRE_bilan_annuel_signalements_e-SIN2023-1.pdf)

7 - Centre d'appui pour la Prévention des infections associées aux soins Ile-de-France – Les BHRe, Bactéries Hautement Résistantes émergentes [en ligne] 14 mai 2024 [Consulté le 4 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.cpias-ile-de-france.fr/appui/bhre.php>

8 - Ministère des solidarités et de la santé – Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance [en ligne] janvier 2022 [Consulté le 4 mai 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_2022-2025_prevention_des_infections_et_de_l_antibioresistance.pdf

9 - Centre d'appui pour la Prévention des infections associées aux soins Auvergne-Rhône-Alpes – Excreta : lancez l'alerte ! [en ligne] 2018 [Consulté le 4 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/page/excreta-lancez-lalerte>

10 - Haut Conseil de la Santé Publique – Prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) [en ligne] juillet 2013 [Consulté le 4 mai 2025]. Disponible sur : https://www.cpias.fr/nosobase/recommandations/hcsp/2013_bhre.pdf

11 - Afnor éditions – NF EN ISO 15883-3 Laveurs désinfecteurs – Partie 3 : exigences et essais pour laveurs désinfecteurs destinés à la désinfection thermique de réceptions à déjections humaines [en ligne] septembre 2009 [Consulté le 16 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.boutique.afnor.org/fr-fr/norme/nf-en-iso-158833/laveurs-desinfecteurs-partie-3-exigences-et-essais-pour-laveurs-desinfecteu/fa102189/62065>

12 - CPias Normandie–Fiche de synthèse : lave-bassin thermique [en ligne] 2017 [Consulté le 16 mai 2025]. Disponible sur : https://www.cpias-normandie.org/media-files/12421/excreta_fiche-lave-bassin-thermique.pdf

13 - Haute Autorité de Santé – Evaluation de la prévention des infections associées aux soins [en ligne] mars 2022 [Consulté le 7 juin 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-11/fiche_pedagogique_prevention_infection_soins_certification.pdf

14 - Réseau de Prévention des Infections et de l'Antibiorésistance- Boîte d'action multimodale péril fécal [en ligne] 2024 [Consulté le 17 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.preventioninfection.fr/boites-outils-multimodale/peril-fecal/>

15 - RéPIA – Audits en hygiène hospitalière [en ligne] 14 janvier 1999 [Consulté le 17 mai 2025]. Disponible sur : file:///C:/Users/zelin/Downloads/1999_qualite_audits_CCLIN.pdf

16 - Haute Autorité de Santé – Une méthode d'amélioration de la qualité, maîtrise statistique des processus en santé, suivi d'indicateurs [en ligne] octobre 2009 [Consulté le 18 mai 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2009-10/maitrise_stat_processus_broc.pdf

17 - Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine – Démarche qualité et gestion des risques dans les établissements de santé [en ligne] 30 avril 2025 [Consulté le 18 mai 2025]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/demarche-qualite-et-gestion-des-risques-dans-les-etablissements-de-sante>

18 - Organisation mondiale de la santé – Guide pédagogique de l'OMS pour la sécurité des patients, l'erreur est humaine [en ligne] décembre 2015 [Consulté le 18 mai 2025]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-12/resume_module_3.pdf

19 - Santé publique France – Audit de gestion des excréta : politique d'établissement et moyens mis à disposition. Résultats 2019 [en ligne] 20 février 2020 [Consulté le 7 janvier 2025]. Disponible sur :

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/infections-associees-aux-soins-et-resistance-aux-antibiotiques/infections-associees-aux-soins/documents/rapport-synthese/audit-gestion-des-excreta-politique-d-etablissement-et-moyens-mis-a-disposi>

20 - SPILF infectiologie – Bactéries Hautement Résistantes émergentes (BHRe) : les clés pour comprendre [en ligne] 19 mars 2025 [Consulté le 7 juin 2025]. Disponible sur :

<https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/formation/du/grenoble/c-landelle-grenoble-bhre-du-tai-grenoble-2024-2025.pdf>

21 - Haut Conseil de la Santé Publique – Prévention de la transmission croisée des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques émergentes (BHRe) [en ligne] juillet 2013 [Consulté le 15 juin 2025]: 35-79. Disponible sur :

file:///C:/Users/zelin/Downloads/hcspr20130710_recoprevtransxbhre-1.pdf

22 - CPIas Bourgogne-Franche-Comté – Guide de l'entretien des locaux en établissement médico-social [en ligne] 2019 [Consulté le 15 juin 2025]. Disponible sur :

https://www.cpiasbfc.fr/guides/prec_standard/entretien_locaux/guide_entretien_locaux_19.pdf

23 - Centre de coordination de lutte contre les infections nosocomiales Paris Nord – Fiche technique n° 7, Gestion des excréta dans les établissements de santé et médico-sociaux [en ligne] juin 2010 [Consulté le 15 juin 2025]. Disponible sur :

<https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/media/3876/download?inline>

24 - Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux soins du Centre – Gestion des excreta : quelle place pour les lave-bassins ? [en ligne] 2017 [Consulté le 15 juin 2025] : 34-38. Disponible sur : <https://archive.cpias-centre.fr/wp-content/uploads/2011/07/S.-Fournier-RHC-CPIAS-Tours-10102017.pdf>

25 - Société Française d'Hygiène Hospitalière – Recommandations nationales, Prévention de la transmission croisée : précautions complémentaires contact [en ligne] Janvier 2009 [consulté le 15 juin 2025]. Disponible sur : <https://www.sf2h.net/publications/prevention-de-la-transmission-croisee-precautions-complementaires-contact.html>

26 - CPias Bourgogne Franche-Comté – Mission nationale PRIMO [en ligne] 11 avril 2025 [Consulté le 28 juin 2025]. Disponible sur : <https://www.cpiasbfc.fr/trame.php?page=557>

27 - Hygiènes – En direct de... La Mission nationale de surveillance et prévention de l'antibiorésistance incluant le bon usage des antibiotiques, en établissement de santé (Spares) 2023-2028 : trois volets [en ligne] 12 novembre 2024 [Consulté le 28 juin 2025]. Disponible sur : <https://www.hygienes.net/actualite/en-direct/en-direct-de-la-mission-nationale-de-surveillance-et-prevention-de-lantibioresistance-incluant-le-bon-usage-des-antibiotiques-en-etablissement-de-sante-spares-2023-2028-trois-volets>

28 - Société Française d'Hygiène Hospitalière. Actualisation des précautions standard. Juin 2017 ; XXV (hors-série) : 14-15.

29 - Bouiller K, Calin R-O, Cattoire V et al. Quelles nouvelles approches pour prévenir les infections urinaires associées aux soins. Hygiènes. 2025 ; XXXIII (3): 187-196.

30 - Jouans C, Stordeur F, Barbut F. Infections à *Clostridioides difficile* : quelle conformité des prescriptions aux nouvelles recommandations ? Hygiènes. 2025 ; XXXIII (3): 197-203.

31 - CPias Auvergne-Rhône-Alpes – BHRé : situation épidémiologique en ARA au 22/08/2024 (eSIN) [en ligne] 22 août 2024 [consulté le 25 juillet 2025]. Disponible sur : https://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/sites/default/files/2024-08/2024-s34-ARA_BHRE.pdf

32 - Ministère de la santé - Les infections nosocomiales : définition et circonstances de survenue [en ligne] novembre 2004 [consulté le 29 juillet 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_181104.pdf

33 - Ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles – Infections associées aux soins : questions-réponses [en ligne] 14 mai 2025 [consulté le 29 juillet 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/article/infections-associees-aux-soins-questions-reponses>

34 - Répia – Le péril fécal, l'essentiel à connaître [en ligne] 2024 [consulté le 29 juillet 2025]. Disponible sur : <https://www.preventioninfection.fr/peril-fecal-leessentiel-a-connaître/>

35 - Haut Conseil de la Santé Publique – Recommandations relatives aux conduites à tenir devant des gastro-entérites aiguës en établissement d'hébergement pour personnes âgées [en ligne] 29 janvier 2010 [consulté le 29 juillet 2025]. Disponible sur : https://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20100129_gastro.pdf

36 - Société Française d'Hygiène Hospitalière – Recommandations pour l'hygiène des mains [en ligne] Juin 2009 [consulté le 29 juillet 2025]. Disponible sur : <https://www.sf2h.net/publications/hygiene-des-mains.html>

37 - Société Française d'Hygiène Hospitalière – Surveiller et prévenir les infections associées aux soins [en ligne] Septembre 2010 [consulté le 29 juillet 2025]. Disponible sur : <https://www.sf2h.net/publications/surveiller-et-prevenir-les-infections-associees-aux-soins.html>

38 - CPias Ile-de-France – Guide méthodologique L'audit en hygiène hospitalière du concept à la réalisation [en ligne] 1999 [consulté le 30 juillet 2025]. Disponible sur : <https://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/Guide-audit-1999.pdf>

39 - Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes – Propias Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins [en ligne] juin 2015 [consulté le 31 juillet 2025]. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/propiasjuin2015.pdf>

40 - Legifrance - Décret n°99-1034 du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé [en ligne] 6 décembre 1999 [consulté le 31 juillet 2025]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000213452>

41 - Sante.gouv.fr - Les infections nosocomiales : définition et circonstances de survenue [en ligne] 18 novembre 2004 [consulté le 31 juillet 2025]. Disponible sur : https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_181104.pdf

42 - CPias Normandie – Escape game sur les précautions standard – GHT de l'Estuaire de la Seine [en ligne] 22 juin 2023 [consulté le 4 août 2025]. Disponible sur : <https://www.cpias-normandie.org/media-files/37593/8-escape-game-ps.pdf>


43 - CPias Auvergne-Rhône-Alpes – StopRisk – Boîte à outils précautions standard [en ligne] juillet 2023 [consulté le 10 août 2025]. Disponible sur : <https://www.cpias-auvergnerhonealpes.fr/stoprisk-boite-outils-precautions-standard>

44 - CPias Ile-de-France – Document d'aide à l'optimisation de la gestion des excreta, Outils du Grephh 2017 [en ligne] juin 2018 [consulté le 11 août 2025].
Disponible sur : <https://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/animation/ems/Ehpad031018/Landriu.pdf>

Liste des annexes

- Annexe 1** Procédure « Maîtrise du risque infectieux et gestion des excreta »
- Annexe 2** Procédure « Elimination des excreta et utilisation des laveurs désinfecteurs de bassin »
- Annexe 3** Suivi de l'état de fonctionnement des lave-bassins au CHPH - Année 2024
- Annexe 4** Fiche de traçabilité de l'entretien des laveurs-désinfecteurs de bassin et de vérification des produits utilisés
- Annexe 5** Personnels formés à la gestion des excreta avec un laveur désinfecteur de bassin – Année 2024
- Annexe 6** Résultats des audits Eva-GEx - Années 2023 et 2024
- Annexe 7** Récapitulatif des patients porteurs de BMR et BHRe – Année 2024
- Annexe 8** Récapitulatif Gastro-entérite Aiguë – Année 2024
- Annexe 9** Grille d'audit de ressources
- Annexe 10** Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excreta
- Annexe 11** Grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation
- Annexe 12** Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

Annexe 1 : Procédure « Maîtrise du risque infectieux et gestion des excréta »

 <p>Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE BP 41 01110 - HAUTEVILLE-LOMPNES</p>	MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ET GESTION DES EXCRETA	Domaine d'application : Processus de Management : Gestion du risque infectieux Document N° : M4/PS/PS Version : 3 Date de diffusion : 07/06/2022
Rédaction : L.D.E.H.H. (Me I. FOIERI)	Approbation : EOHH	Validation : Responsable qualité & gestion des risques (Mme TAVEL Florence)

1 – Objet et Domaine d'application

Ce document présente les modalités d'élimination des excréta (selles et urines...). La manipulation des excréta expose le soignant, le patient et l'environnement à une contamination microbienne importante.

Les mesures de prévention nécessaires à la maîtrise du risque de transmission dépendent :

- De L'application stricte des Précautions Standard (hygiène des mains, port de gants, protection de la tenue)
- L'entretien de l'environnement-Bionettoyage
- Le bionettoyage du matériel

Ces pratiques permettent de prévenir la transmission croisée des germes d'origine digestive (exemple : le *Clostridium difficile*) et urinaire, dont les BMR et BHR.

2 – Documents de références

- Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance Ministère des Solidarités et de la Santé • Janvier 202
- SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / Audit gestion des excréta : politique d'établissement et moyens mis à disposition. Résultats 2019
- ACTUALISATION DES PRÉCAUTIONS STANDARD –SF2H- JUIN 2017
- Surveiller et prévenir les infections associées aux soins. HCSP, SFHH. 2010, 175 pages.
- http://www.cclinparisnord.org/Guides/FT10_Excreta2.pdf

3– Responsabilités et structures concernées

Personnels concernés : tout le personnel soignant, y compris les étudiants, habilités à réaliser des soins de bases.

4- Description du contenu

Pré-requis :

- Application des Précautions Standard

A. Matériel

- gants vinyle à U.U.,
- tablier à U.U.,
- S.H.A.,
- bassin ou urinal **munis de couvercle**
- bocal à urines si besoin munis de couvercle
- Sachet intermédiaire
- Supports et sac DAS

B. Technique

Pose


- Pratiquer une désinfection des mains au S.H.A.,
- Installer le matériel de recueil des excréta (bassin, urinal, seau chaise-pot...)
- Pratiquer une désinfection des mains au S.H.A., en sortant de la chambre

Retrait

- Pratiquer une désinfection des mains au S.H.A.,
- **Mettre gants et tablier à U.U.**
- Retirer le bassin ou l'urinal,
- Quantifier les urines si besoin
- **Evacuer le bassin ou l'urinal muni de son couvercle vers le lave-bassin**



Annexe 1 : Procédure « Maîtrise du risque infectieux et gestion des excréta »

 <p>Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE BP 41 01110 - HAUTEVILLE-LOMPNES</p>	<p>MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ET GESTION DES EXCRETA</p>	<p>Domaine d'application : Processus de Management : Gestion du risque infectieux</p> <p>Document N° : M4/PS/PS</p> <p>Version : 3</p> <p>Date de diffusion : 07/06/2022</p>
<p>Rédaction : I.D.E.H.H. (Me I. FOIERD)</p>	<p>Approbation : EOHH</p>	<p>Validation : Responsable qualité & gestion des risques (Mme TAVEL Florence)</p>

- Placer le réceptacle de recueil des excréta dans le lave bassin, (sans vidange préalable, y compris le papier toilette) ainsi que le couvercle
- Fermer la porte du lave-bassin
- Retirer gants et tablier, éliminer en D.A.S
- Pratiquer une désinfection des mains aux S.H.A.
- Choisir le programme adapté au type d'excréta
- Tracer le soin dans le dossier du patient

<p align="center">Recommandations spécifiques en cas de <i>Clostridium difficile</i></p> <p align="center">◆</p> <p align="center">Lavage des mains (comprenant le poignet) au savon doux liquide (pour éliminer les spores), séchage,</p> <p align="center">PUIS</p> <p align="center">◆</p> <p align="center">Friction avec produit hydro alcoolique (pour éliminer les bactéries).</p>
--


Matériel de recueil des excréta	Mode d'entretien	Mode d'élimination
	<p>Lave-bassins (Sans vidange préalable)</p>	<p>Elimination du matériel vétuste ou non conforme En DAS</p>
Matériel Usage Unique		
<p>Change</p> 	<p>stomie</p> 	<p>EMBALLAGE PRIMAIRE DAS</p>
	<p>Care-bag</p>	<p>EMBALLAGE PRIMAIRE DAS</p>



Si panne de lave-bassin : utilisation de « care-bag » pour les patients présentant une infection à *Clostridium difficile* ou BHRe entérique

Le « care bag » est un sac plastique contenant une lingette absorbante que l'on utilise pour recouvrir le bassin. Ils sont disponibles au magasin central. Pour les week-end et jours fériés contacter le cadre de santé de garde.

Annexe 1 : Procédure « Maîtrise du risque infectieux et gestion des excréta »

 <p>Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE</p> <p>BP 41 01110 - HAUTEVILLE-LOMPNES</p>	MAITRISE DU RISQUE INFECTIEUX ET GESTION DES EXCRETA	Domaine d'application : Processus de Management : Gestion du risque infectieux Document N° : M4/PS/PS Version : 3 Date de diffusion : 07/06/2022
Rédaction : I.D.E.H.L. (Me I. FOIERI)	Approbation : EOHH	Validation : Responsable qualité & gestion des risques (Mme TAVEL Florence)

5. Documents associés :


- Hygiène des mains :	INF/PRE/P2
- Traitement hygiénique des mains par friction avec un soluté hydroalcoolique :	annexe 2 - INF/PRE/P2
- Le lavage des mains :	annexe 1 - INF/PRE/P2
- Recommandations pour le port de gants au sein du CHPH :	M4/PS/P4
- Précautions standard :	M4/PS/P1
- Précautions complémentaires	M4/PC/P1
- Elimination des excréta et utilisation des laveurs désinfecteurs de bassin(LDB) :	HYG/MAT/P12
- Fiche de traçabilité de l'entretien des LDB et vérification des produits utilisés :	HYG/MAT/EB
- Affiche DAS DASRI arbre décisionnel	Annexe 1 -S20 DEC P1M1

Définitions et abréviations

- D.A.S: Déchets Associés aux Soins,
- S.H.A : Solution Hydroalcoolique,
- U.U : Usage Unique.
- B.M.R. : Bactérie Multi-Résistantes
- B.H.R.e : Bactérie Hautement Résistante Emergente
- Emballage primaire : petit sac
- LDB : Laveur-Désinfecteur de Bassins

Destinataire	Personnel soignant, Étudiant, AS, ASH, Cadre de santé, Service économique			
Mots clés	Lave-bassin, panne, bassin, urinal, excréta, selle, urine, care-bag, épidémie, BHR, Clostridium difficile, diarrhée			
Historique des créations et modifications successives du document				
Version	Date	Nature des modifications	Nb Page	Date de révision
1	19 01 2016	Création de la procédure	4	2022
2	23/09/2021	Relecture – ajout de documents de références	4	09/2026
3	07/06/2022	Procédure révisée en rapport avec le tri des DAS	3	06/2026

Annexe 2 : Procédure « Elimination des excréta et utilisation des laveurs désinfecteurs de bassin »

 <p>Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE BP 41 01110 - HAUTEVILLE-LOMPNES</p>	ELIMINATION DES EXCRETA ET UTILISATION DES LAVEURS DESINFECTEURS DE BASSIN (LDB)	Domaine d'application : Hygiène : matériel Document N° : HYG/MAT/P12 Version : 3 Date Validation : 02/12/2019
Rédaction : I.D.E.H.H. (Isabelle FOIERI) Services techniques	Approbation : CLIN du 04/11/2019	Validation : Responsable qualité & gestion des risques (Mme TAVELF.)

1 – Objet et Domaine d'application :

Ce document présente les modalités d'élimination des excréta avec utilisation de laveur-désinfecteurs de bassins appelés plus communément lave-bassins.

Il présente également l'entretien et la maintenance des LDB indispensables à leur efficacité.

La manipulation des excréta expose le soignant, le patient et l'environnement à une contamination microbienne.

Les mesures de prévention nécessaires à la maîtrise du risque de transmission dépendent de :

- L'application stricte des précautions standard (hygiène des mains, port de gants, protection de la tenue)
- L'entretien de l'environnement
- De la qualité et l'entretien du matériel

2 – Documents de références

- ACTUALISATION DES PRÉCAUTIONS STANDARD - HYGIÈNES - VOLUME XXV - N° HORS SÉRIE - JUIN 2017
- Cahier des charges pour laveur désinfecteur de bassins et d'urinaux – réseau national des préventions des infections associées aux soins – mai 2013
- Conduite à tenir pour l'élimination des excréta – fiche pratique – C. CLIN Paris Nord – novembre 2013

3 – Responsabilités et structures concernées

Personnels concernés : IDE, AS, les étudiants habilités à réaliser des soins de bases ASH, Cadre de santé, Personnel des services techniques, Personnel du service économique

4 – Description du contenu

Contexte :

Problème de santé publique :

Nombre de maladies infectieuses sont transmises à l'homme par l'intermédiaire des excréta / urines, selles, vomissements. On parle de « péril fécal »

De nombreuses épidémies sont liées à des germes d'origine digestive résistants aux antibiotiques.


L'apparition des Bactéries Hautement Résistantes aux antibiotiques (BHRe) doit renforcer notre vigilance lors de la gestion des excréta. Ces BHRe ont une sensibilité à seulement une ou deux classes d'antibiotiques et donc la difficulté de traitement, pourraient conduire à terme, à une impasse thérapeutique.

Aujourd'hui la gestion des excréta fait partie intégrante des précautions standard



Rappel : Le lave bassin est comparable à un WC, il peut donc recevoir les excréta et papier toilette !

Annexe 2 : Procédure « Elimination des excréta et utilisation des laveurs désinfecteurs de bassin »

 <p>Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE BP 41 01110 - HAUTEVILLE-LONPINES</p>	ELIMINATION DES EXCRETA ET UTILISATION DES LAVEURS DESINFECTEURS DE BASSIN (LDB)	<p>Domaine d'application : Hygiène : matériel</p> <p>Document N° : HYG/MAT/P12</p> <p>Version : 3</p> <p>Date Validation : 02/12/2019</p>
<p>Rédaction : L.D.E.H.H. (Isabelle FOIERI) Services techniques</p>	<p>Approbation : CLIN du 04/11/2019</p>	<p>Validation : Responsable qualité & gestion des risques (Mme TAVELF.)</p>

a) ELIMINATION DES EXCRETA AVEC LDB

- Mettre un tablier en plastique et des gants à usage unique
- Retirer le dispositif (bassin, urinal, bocal urines, seau fauteuil)
- Transporter le dispositif **plein, muni de son couvercle** jusqu'au local où se situe le LDB
- Placer dans le LDB : le bassin, son couvercle sur les supports intérieurs prévus dans le LDB **de manière à ce que le bassin se vide de son contenu à la fermeture de la porte du LDB**. Il est important d'effectuer un chargement correct, de vérifier le bon positionnement du couvercle et du bassin au niveau des supports intérieurs afin de garantir la stabilité lors du fonctionnement du LDB)
- Enlever les gants
- Effectuer une hygiène des mains (SHA) après le retrait des gants
- Enclencher la mise en route du cycle de nettoyage en suivant le mode d'emploi du fabricant- Fiche technique en fin de protocole -utiliser obligatoirement le cycle de nettoyage approfondi lorsque le bassin contient des matières fécales.
- Dès la fin du cycle, **vérifier le bon déroulement (alarme, voyants...)**, retirer le bassin et son couvercle puis les stocker, soit dans une réserve dédiée propre, soit directement dans la chambre du patient

NB : Lorsque du matériel est très sale, le programme de nettoyage-désinfection est à répéter. Si cela ne suffit pas, éliminer le matériel incriminé et signaler le dysfonctionnement du LB par FEI si la situation se renouvelle.

b) ENTRETIEN QUOTIDIEN

- Bionettoyage quotidien des parois extérieures du LDB avec un détergent-désinfectant de surface par ASH.
- Le Lave-bassin comporte un programme auto-nettoyant : aucune action n'est donc nécessaire pour l'entretien journalier.

c) ENTRETIEN HEBDOMADAIRE

Il est assuré par AS qui :

- Vérifie le niveau des produits (anticalcaire), tracer un trait sur le niveau du produit lors de sa mise en place ainsi vous pourrez vérifier que l'anticalcaire est bien dispensé au cours des cycles de lavage.
- Effectue le renouvellement des produits si nécessaire et informe le cadre de santé pour le réapprovisionnement auprès du magasin central.

d) ENTRETIEN TECHNIQUE

Le registre de maintenance est tenu par le service technique et consigne :

- les entretiens préventifs effectués,
- les dépannages (la nature des dépannages est précisée)
- la vérification 2 fois par an de la température des phases de nettoyage et de désinfection (80°C -60 secondes minimum)
- la vérification 2 fois par an des conteneurs de produits et tuyaux d'alimentation, le bon fonctionnement des buses (absence de tartre)
- les étalonnages du thermomètre une fois par an

Annexe 2 : Procédure « Elimination des excréta et utilisation des laveurs désinfecteurs de bassin »

 <p>Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE</p> <p>BP 41 01110 - HAUTEVILLE-LONPINES</p>	<p>ÉLIMINATION DES EXCRÉTA ET UTILISATION DES LAVEURS DÉSINFECTEURS DE BASSIN (LDB)</p>	<p>Domaine d'application : Hygiène : matériel</p> <p>Document N° : HYG/MAT/P12</p> <p>Version : 3</p> <p>Date Validation : 02/12/2019</p>
<p>Rédaction : I.D.E.H.H. (Isabelle FOIERI) Services techniques</p>	<p>Approbation : CLIN du 04/11/2019</p>	<p>Validation : Responsable qualité & gestion des risques (Mme TAVEL F.)</p>

e) EN CAS DE PANNE

Contacter le service technique.

- ✎ Utiliser le lave-bassin le plus proche du service
- ✎ Utilisation de « care-bag » pour les patients présentant une infection à *Clostridium difficile* ou BHRé entérique : évacuation en D.A.S.R.I.
- ✎ Alerter le cadre de santé de l'unité de soins
- ✎ Contacter le service technique (Bon GMAO), aux regards du risque infectieux, la panne doit-être traitée dans les plus brefs délais.




Abréviations – définitions

- D.A.S.R.I. : Déchets Assimilés au Soins à Risques Infectieux
- D.D. : Détergent-désinfectant DAOM : Déchets Assimilés à Ordures Ménagères
- GMAO : gestion de maintenance assistée par ordinateur
- LDB : Laveur-Désinfecteur de Bassins
- S.H.A : Solution Hydro-Alcoolique,
- U.U : Usage Unique

5 - Documents associés

- Traitement hygiénique des mains par friction avec un soluté hydroalcoolique : INF/PRE/P1 annexe 2
- Le lavage des mains : INF/PRE/P1 annexe 1
- Recommandations pour le port de gants au sein du CHPH : INF/PRE/P5

Annexe 2 : Procédure « Elimination des excreta et utilisation des laveurs désinfecteurs de bassin »

 <p>Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE BP 41 01110 - HAUTEVILLE-LOMPNES</p>	ELIMINATION DES EXCRETA ET UTILISATION DES LAVEURS DESINFECTEURS DE BASSIN (LDB)	Domaine d'application : Hygiène : matériel Document N° : HYG/MAT/P12 Version : 3 Date Validation : 02/12/2019
Rédaction : I.D.E.H.H. (Isabelle FOIERI) Services techniques	Approbation : CLIN du 04/11/2019	Validation : Responsable qualité & gestion des risques (Mme TAVEL F.)

- Précautions standard : INF/PRE/P1
 - Essuyage humide des surfaces : HYG/LOC/M2
 - Fiche de traçabilité de l'entretien des LDB et vérification des produits utilisés : HYG/MAT/E8
 - Fiche de traçabilité de l'entretien hebdomadaire du LDB HYG/MAT/E8
- Registre de maintenance annuelle des LDB par le service technique (et/ou prestataire externe)

Destinataire	Personnel soignant, Étudiant, AS, ASH, Cadre de santé, Service Technique			
Mots clés	Lave-bassin, panne, care-bag, épidémie, BHRé, Clostridium difficile, diarrhée, excréta, selles, urines			
Historique des créations et modifications successives du document				
Version	Date	Nature des modifications	Nb Page	Date de Révision
1		création		
2	27/02/2014	Fusion de la procédure HYG MAT P12 lave bassin	3	2018
3	04/11/2019	Mise à jour	4	04/11/2023

Annexe n° 3 : Suivi de l'état de fonctionnement des lave-bassins au CHPH – Année 2024

LAVE-BASSINS DU CHPH - suivi de l'état de fonctionnement - Année 2024

Services	Modèle de l'appareil	Année de mise en service	Heures de fonctionnement depuis l'acquisition	Cycles de lavage	Compteur cycle annuel	Moyenne cycle annuel	Date de la dernière maintenance préventive
LISP	Topline 20	2015	2 758	14 516	1 613	4,2 cycles/jour	12/05/2024
SSG	Topline 20	2016	2 064	10 988	1 374	3,8 cycles/jour	11/05/2024
Sepsis	Topline 20	2015	4 054	22 531	2 503	7 cycles/jour	11/05/2024
Pneumo / NOD	Topline 20	2017	1 273	7 518	1 074	3 cycles/jour	03/06/2024
CSRG	Topline 20	2015	2 886	15 249	1 695	4,6 cycles/jour	03/06/2024
EHPAD 3	Topic	2011	1 826	3 094	258	0,7 cycle/jour	03/06/2024
Inter R3	Topline 20	2019	392	1 313	263	0,7 cycle/jour	10/06/2024
Inter R4	Topline 20	2017	735	1 630	233	0,6 cycle/jour	10/06/2024

Annexe 4 : Fiche de traçabilité de l'entretien des laveurs-désinfecteurs de bassin et de vérification des produits utilisés



Centre Hospitalier Public
d'HAUTEVILLE

Fiche de traçabilité de l'entretien des Laveurs-désinfecteurs de bassins

Et de vérification des produits utilisés

Mode opératoire :

- ① Entretien journalier des surfaces extérieures avec du **D-D** (Détergent-désinfectant)
- ② Désinfection quotidienne de la cuve : programme adapté
- ③ Vérification **le lundi** du niveau des produits: noter le niveau sur le flacon par un trait
- ④ Mise en place du produit (anticalcaire + /-détergent) **noter la date** sur le flacon

Cocher le ou les chiffres correspondant à vos actions et **émarger**

Service :

Mois :

Année :

DATES	ACTIONS				SIGNATURES
1	①	②	③	④	
2	①	②	③	④	
3	①	②	③	④	
4	①	②	③	④	
5	①	②	③	④	
6	①	②	③	④	
7	①	②	③	④	
8	①	②	③	④	
9	①	②	③	④	
10	①	②	③	④	
11	①	②	③	④	
12	①	②	③	④	
13	①	②	③	④	
14	①	②	③	④	
15	①	②	③	④	
16	①	②	③	④	
17	①	②	③	④	
18	①	②	③	④	
19	①	②	③	④	
20	①	②	③	④	
21	①	②	③	④	
22	①	②	③	④	
23	①	②	③	④	
24	①	②	③	④	
25	①	②	③	④	
26	①	②	③	④	
27	①	②	③	④	
28	①	②	③	④	
29	①	②	③	④	
30	①	②	③	④	
31	①	②	③	④	

**Annexe 5 : Personnels formés à la gestion des excréta avec un laveur
désinfecteur de bassin – Année 2024**

Fonctions Services	Faisant fonction d'aide-soignant	Aide-soignant	Infirmier	Cadre de santé	Médecin	Totaux
LISP		5	4		1	10
INTER R3 et R4		7	7			14
NUTRITION		3	2	1		6
CSRG		5	3			8
SSG		5	3			8
SEPSIS		5	5			10
EHPAD 3	8	5				13
Totaux	8	35	24	1	1	69

Evaluation des pratiques de prévention du péril fécal 2023

AUDIT EVA-GEX




RAPPORT

EVA GEX

- ❖ L'audit Eva-GEX est une évaluation rétrospective des pratiques de gestion des excréta
- ❖ Objectifs :
 - ❖ Evaluer des items clés de la maîtrise du péril fécal au cours de la gestion des excréta
 - ❖ 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
- ❖ 4 questionnaires :
 - ❖ EOHH : évaluation des mesures de prévention, et du contrôle du péril fécal
 - ❖ Unité : évaluation des équipements à disposition
 - ❖ Professionnels : autoévaluation des pratiques individuelles
 - ❖ Patients (non réalisé)






Annexe 6 : Résultats des audits Eva-GEx – Années 2023 et 2024

EOHH

-  Evaluation des mesures de gestion des excréta
-  Action de sensibilisation à la gestion des excréta
-  Contrôle du péril fécal dans les unités de soins (survenue d'une épidémie)

- Dernier audit sur la gestion des excréta : 2018 (> 3 ans)
- Absence de formation sur la gestion des excréta en 2022

Unités

-  Matériel disponible pour la gestion des excréta (usage unique)
-  Matériel disponible pour la gestion des excréta (dispositif réutilisable)
-  Equipements de protection individuelle
-  Habitude de pratique de gestion des excréta
-  Procédure de gestion des excréta

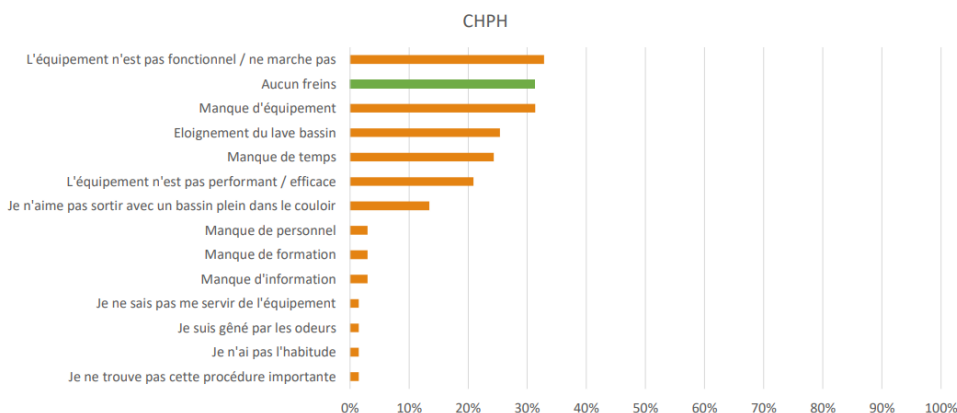
- Réalisation d'entretiens manuels des dispositifs réutilisables
- Difficultés dans la mise en œuvre de la procédure : locaux lave-bassins inadaptés

Annexe 6 : Résultats des audits Eva-GEx – Années 2023 et 2024

Pratiques professionnelles au CHPH

	0 (jamais)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (toujours)	total	moyenne	non disponible
À quelle fréquence avez-vous porté un tablier en plastique ou surblouse en plastique à usage unique pour manipuler un dispositif souillé ?	1	0	1	1	1	5	3	3	14	10	28	67	8,3	0
À quelle fréquence avez-vous porté des gants pour manipuler un dispositif souillé ?	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	64	67	9,9	0
À quelle fréquence avez-vous mis un couvercle ou une protection au-dessus des bassins ou des seaux souillés pour les transporter ?	3	1	0	1	0	1	2	5	3	7	43	66	8,7	1
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)	7	0	0	1	0	3	1	1	3	7	44	67	8,3	0
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)	56	2	1	0	0	2	1	2	2	0	1	67	0,9	0
À quelle fréquence réalisez-vous une friction avec une solution hydro-alcoolique après avoir géré des excréta ?	1	1	0	1	0	3	0	0	1	4	56	67	9,3	0

Freins déclarés par les professionnels



Evaluation des pratiques de prévention du péril fécal 2024

AUDIT EVA-GEX
RAPPORT

EVA GEX

- ❖ L'audit Eva-GEX est une évaluation rétrospective des pratiques de gestion des excréta;
- ❖ Objectifs :
 - ❖ Evaluer des items clés de la maîtrise du péril fécal au cours de la gestion des excréta
 - ❖ 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.
- ❖ 4 questionnaires :
 - ❖ EOHH : évaluation des mesures de prévention, et du contrôle du péril fécal
 - ❖ Unité : évaluation des équipements à disposition
 - ❖ Professionnels : autoévaluation des pratiques individuelles
 - ❖ Patients (non réalisé)

Annexe 6 : Résultats des audits Eva-GEx – Années 2023 et 2024

EOHH

- ☒ Evaluation des mesures de la gestion des excréta
- ☒ Action de sensibilisation à la gestion des excréta
- ☒ Contrôle du péril fécal dans les unités de soins (survenue d'une épidémie)

- 1 épidémie de GEA en EHPAD 3

Unités

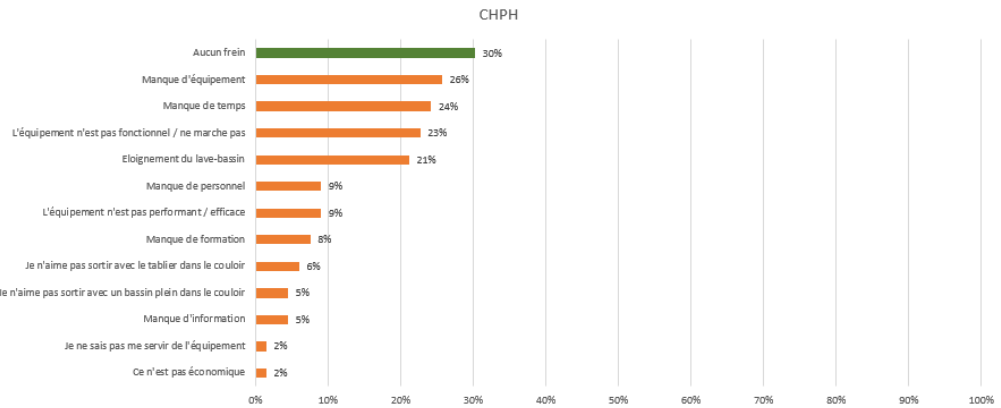
- ☒ Matériel disponible pour la gestion des excréta (usage unique)
 - ☒ Matériel disponible pour la gestion des excréta (dispositif réutilisable)
 - ☒ Equipements de protection individuelle
 - ☒ Habitude de pratique de gestion des excréta
 - ☒ Procédure de gestion des excréta
- Réalisation d'entretiens manuels des dispositifs réutilisables
- Difficultés dans la mise en œuvre de la procédure : locaux lave-bassins inadaptés

Annexe 6 : Résultats des audits Eva-GEx – Années 2023 et 2024

Pratiques professionnelles au CHPH

	Jamais										Toujours				total	moyenne	non
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10						
1. A quelle fréquence avez-vous porté une tablier en plastique ou surblouse en plastique à usage unique pour manipuler un dispositif souillé ?	4	0	1	1	1	4	1	4	4	5	41	66	8,2	0			
2. A quelle fréquence avez-vous porté des gants pour manipuler un dispositif souillé ?	0	0	0	0	0	0	1	1	3	2	59	66	9,8	0			
3. A quelle fréquence avez-vous mis un couvercle ou une protection au-dessus des bassins ou des seaux souillés pour les transporter ?	1	0	0	1	0	2	2	5	7	2	46	66	9,0	0			
4. A quelle fréquence avez-vous mis les bassins pleins dans le lave-bassin pour les nettoyer ? (réponse à cette question en ne tenant compte que des situations où un lave-bassin était disponible dans votre unité de soins).	4	0	0	0	0	1	1	2	3	7	48	66	9,0	0			
5. A 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)	48	3	2	2	2	0	3	0	2	1	3	66	1,4	0			
6. A quelle fréquence réalisez-vous une friction avec une solution hydro-alcoolique après avoir géré des excréta ?	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	60	66	9,8	0			

Freins déclarés par les professionnels



Annexe 7 : Récapitulatif des patients porteurs de BMR et BHRé – Année 2024

RECAPITULATIF DES PATIENTS PORTEURS DE BMR et BHRé – Année 2024

Services	BMR		BHRe			TOTAL
	Urinaire	Rectale	Cas contacts		Cas porteurs	
LISP	3		Risque faible	1	1	5
			Risque modéré		Citrobacter freundii	
			Risque élevé			
INTER R4	1		Risque faible		1	3
			Risque modéré	1	Klebsiella pneumoniae	
			Risque élevé			
SSG	5		Risque faible	1		7
			Risque modéré			
			Risque élevé	1		
INTER R3		1				1
4S – Sepsis	7					7
CSRG	5					5
Pneumo/obésité	1					1
EHPAD 3	3					3
EHPAD 4						0
TOTAUX	25	1		4	2	32

Annexe 8 : Récapitulatif Gastro-entérite Aiguë – Année 2024

GEA - Année 2024

Services	Nombre de porteurs/Nombre total de résidents	Personnels	TOTAUX
EHPAD 4 – du 17/08 au 21/08/2024	10 / 24	0	10
EHPAD 3 – du 05/08 au 18/08/2024	25 / 45	10	35
TOTAUX	35 / 69	10	45

Annexe 9 : grille audit de ressources

FICHE SECTEUR DE SOINS OU UNITE DE VIE

EVALUATION DES MOYENS MIS A DISPOSITION

A remplir par l'enquêteur

Nom de l'établissement :

Date de l'enquête :

Nom du secteur de soins :

Spécialité du secteur de soins :

DESCRIPTION DU SECTEUR DE SOINS / UNITE DE VIE		
1	Nombre de lits et places (capacité d'accueil)	
2	Nombre total de patients/résidents présents le jour de l'enquête dans le secteur de soins	
3	Nombre de patients/résidents continents dépendants utilisateurs de bassin (ou pots, seaux, urinaux...) <u>le jour de l'enquête</u>	
4	Nombre de cantines utilisées pour les patients ayant une sonde urinaire / Bricker	

MOYENS A DISPOSITION			
Pour le recueil et le traitement des excréta des patients / résidents dépendants, le secteur de soins utilise :			
		Oui	Non
5	Des contenants réutilisables : bassins / seaux / pots ... Si oui :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Faire la liste du matériel disponible dans le service		
7	Ils sont en quantité suffisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Liste des contenants en bon état (ni tachés, ni abîmés, ni fissurés, ...)		
9	Un couvercle est disponible pour chaque bassin / seau / pot / urinal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Liste du matériel par service ne possédant pas de couvercle		
11	Si utilisation de sacs protecteurs avec gélifiant, ceux-ci sont adaptés à leur support	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 9 : grille audit de ressources

PRESENTATION DU LOCAL UTILITAIRE SALE			
		Oui	Non
12	L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Le local est propre le jour de l'enquête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Le local est entretenu chaque jour (traçabilité de l'entretien disponible au jour de l'enquête)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le local comprend :			
15	Un distributeur de PHA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Un point d'eau équipé pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du matériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Des boîtes de gants à usage unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Des tabliers de protection à usage unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Une boîte de masques à usage médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Un collecteur de déchets/support de sac poubelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pour l'entretien des bassins, seaux, urinaux etc... le local contient :			
21	Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Un plan de travail pour l'égouttage des matériels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Un lieu de stockage adapté des bassins et des pots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	- Si oui, cet équipement est dans la zone propre distincte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 9 : grille audit de ressources

CONDITIONS D'UTILISATION DU LAVE-BASSIN			
		Oui	Non
25	Nombre de pannes/an /___/ Inconnu <input type="checkbox"/>		
26	Nombre de jours d'immobilisation/an /___/ Inconnu <input type="checkbox"/>		
27	Bassin/pot/seau sales en attente dans le local le jour de l'enquête alors que le LB est immédiatement disponible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Est facilement accessible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Est en état de marche le jour de l'enquête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Est utilisé en routine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Est propre le jour de l'enquête (intérieur/extérieur)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	La ou les buses du LB sont propres et sans tartre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	La quantité de produit est suffisante ou en adéquation avec les recommandations du fabricant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	La traçabilité de l'entretien est réalisée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

Audit Gestion des Excréta

CHPH - Services dotés d'un lave-bassin (n=8)

Matériel

Nombre de places : 245 - Nombre de chambre individuelles : 164 soit 66.94 %

Taux occupation le jour d'audit



82.04 %

Nombre de sanitaires individuels



83.67 %

Nombre de cantines nécessaires par jour



6.47 %

Nombre de patients continents dépendants



23.88 %

Nombre de patients nécessitant une protection UU



40.30 %

8/8 - Présence de contenants réutilisables : bassins / seaux / pots

7/8 - Contenant en quantité suffisante

0/8 - Contenants à usage unique

8/8 - Sacs protecteurs avec gélifiant pour bassin/pot utilisés

7.5/8 - Lieu de stockage adapté des bassins et pots

7.5/8 - Équipements stockés dans une zone propre et distincte

Conformité du matériel

10 Urinaux féminins 90.91 %

11 Urinaux masculins 21.15 %

4 Urinaux anti-reflux 100 %

59 Cantines à diurèse 89.39 %

58 Bassins 78.38 %

25 Bassin pour chaise-pot 86.21 %

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta



Audit Gestion des Excréta

CHPH - Services dotés d'un lave-bassin (n=8)

LAVE-BASSIN

Nombre de lave-bassin : 8 - Année d'installation : de 2011 à 2019 - Type : thermique

- 8/8 - Personnel sensibilisé depuis moins de 2 ans
- 8/8 - Maintenance préventive réalisée au moins une fois par an
- 13 pannes en 2024
- 32 jours d'immobilisation pour 2024
- 7/8 - Absence de bassin/pot/seau sales en attente alors que le matériel est disponible
- 8/8 - Lave-bassin facile d'accès
- 8/8 - Lave-bassin en état de marche le jour de l'enquête
- 8/8 - Lave-bassin utilisé en routine
- 8/8 - Lave-bassin est propre le jour de l'enquête (extérieur/intérieur)
- 8/8 - Les buses du lave-bassin sont propres et sans tartre
- 8/8 - La quantité de produit de rinçage est suffisante et en adéquation avec les recommandations du fabricant
- 8/8 - La traçabilité de l'entretien est réalisée
- 8/8 - Présence de produit hydro-alcoolique
- 2/8 - Présence de gants à usage unique
- 1/8 - L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale
- 8/8 - Le local est propre le jour de l'enquête
- 8/8 - Le local est entretenu chaque jour (traçabilité disponible au jour de l'enquête)

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta



Audit Gestion des Excréta

CHPH - Services dotés d'un lave-bassin (n=8)

LOCAL DECONTAMINATION

7/8 - Un distributeur de produit hydro-alcoolique

2/8 - Un point d'eau équipé pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du nettoyage du matériel - Les 2 unités de l'INTER seulement

3/8 - Des boîtes de gants à usage unique (EHPAD 3 - SEPSIS 2 CSRG)

0/8 - Des tabliers de protection à usage unique

0/8 - Une boîte de masque à usage médical

6/8 - Un collecteur de déchets / support de sac poubelle (manque R3 et R4)

8/8 - Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels

8/8 - Un plan de travail pour l'égouttage des matériels

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

Audit Gestion des Excréta

Service : LISP - Soins Palliatifs et Soins de Suite Polyvalents

Matériel

Nombre de places : 14 - Nombre de chambre individuelles : 14 soit 100 %

Taux occupation le jour d'audit



71.43 %

Nombre de sanitaires individuels



100 %

Nombre de cantines nécessaires par jour



40 %

Nombre de patients continents dépendants









10 %

Nombre de patients nécessitant une protection UU



80 %

-  Présence de contenants réutilisables : bassins / seaux / pots
-  Contenants en quantité suffisante
-  Contenants à usage unique
-  Sacs protecteurs avec gélifiant pour bassin/pot utilisés
-  Lieu de stockage adapté des bassins et pots
-  Équipements stockés dans une zone propre et distincte

Conformité du matériel

3 Urinaux féminins	100 %	
2 Urinaux masculins	40 %	Taché/strié/terni/poreux 1 - Manque couvercle 2
2 Urinaux anti-reflux	100 %	
5 Cantines à diurèse	100 %	
8 Bassins	100 %	
7 Bassins pour chaise-pot	100 %	

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta




















Audit Gestion des Excréta

Service : LISP - Soins Palliatifs et Soins de Suite Polyvalents

LAVE-BASSIN

Nombre de lave-bassin : 1 - Année d'installation : 2015 - Type : thermique

-  Personnel sensibilisé depuis moins de 2 ans
-  Maintenance préventive réalisée au moins une fois par an
-  Nombre de panne en 2024
-  Nombre de jour d'immobilisation pour 2024
-  Absence de bassin/pot/seau sales en attente alors que le matériel est indisponible
-  Lave-bassin facile d'accès
-  Lave-bassin en état de marche le jour de l'enquête
-  Lave-bassin utilisé en routine
-  Lave-bassin est propre le jour de l'enquête (extérieur/intérieur)
-  Les buses du lave-bassin sont propres et sans tartre
-  La quantité de produit de rinçage est suffisante et en adéquation avec les recommandations du fabricant
-  La traçabilité de l'entretien est réalisée
-  Présence de produit hydro-alcoolique
-  Présence de gants à usage unique
-  L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale
-  Le local est propre le jour de l'enquête
-  Le local est entretenu chaque jour (traçabilité disponible au jour de l'enquête)

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé









Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta



Audit Gestion des Excréta

Service : LISP - Soins Palliatifs et Soins de Suite Polyvalents

LOCAL DECONTAMINATION

-  Un distributeur de produit hydro-alcoolique
-  Un point d'eau équipé pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du matériel
-  Des boîtes de gants à usage unique
-  Des tabliers de protection à usage unique
-  Une boîte de masque à usage médical
-  Un collecteur de déchets / support de sac poubelle
-  Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels
-  Un plan de travail pour l'égouttage des matériels

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

Audit Gestion des Excréta

Service : EHPAD 3 - Hébergement pour personnes Agées Dépendantes

Matériel

Nombre de places : 45 - Nombre de chambre individuelles : 14 soit 31.11 %

Taux occupation le jour d'audit



86.67 %

Nombre de sanitaires individuels



100 %

Nombre de cantines nécessaires par jour



0 %

Nombre de patients continents dépendants









10 %

Nombre de patients nécessitant une protection UU



82.05 %

-  Présence de contenants réutilisables : bassins / seaux / pots
-  Contenants en quantité suffisante
-  Contenants à usage unique
-  Sacs protecteurs avec gélifiant pour bassin/pot utilisés
-  Lieu de stockage adapté des bassins et pots
-  Équipements stockés dans une zone propre et distincte

Conformité du matériel

NC	Urinaux féminins	-- %	
5	Urinaux masculins	0 %	Manque couvercle 5
NC	Urinaux anti-reflux	-- %	
8	Cantines à diurèse	100 %	
2	Bassins	100 %	
2	Bassins pour chaise-pot	0 %	Manque couvercle 2

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta


















Audit Gestion des Excréta

Service : EHPAD 3 - Hébergement pour personnes Agées Dépendantes

LAVE-BASSIN

Nombre de lave-bassin : 1 - Année d'installation : 2011 - Type : thermique

-  Personnel sensibilisé depuis moins de 2 ans
-  Maintenance préventive réalisée au moins une fois par an
- 1** Nombre de panne en 2024
- 1** Nombre de jour d'immobilisation pour 2024
-  Absence de bassin/pot/seau sales en attente alors que le matériel est disponible
-  Lave-bassin facile d'accès
-  Lave-bassin en état de marche le jour de l'enquête
-  Lave-bassin utilisé en routine
-  Lave-bassin est propre le jour de l'enquête (extérieur/intérieur)
-  Les buses du lave-bassin sont propres et sans tartre
-  La quantité de produit de rinçage est suffisante et en adéquation avec les recommandations du fabricant
-  La traçabilité de l'entretien est réalisée
-  Présence de produit hydro-alcoolique
-  Présence de gants à usage unique
-  L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale
-  Le local est propre le jour de l'enquête
-  Le local est entretenu chaque jour (traçabilité disponible au jour de l'enquête)

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé









Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta



Audit Gestion des Excréta

Service : EHPAD 3 - Hébergement pour personnes Agées Dépendantes

LOCAL DECONTAMINATION

-  Un distributeur de produit hydro-alcoolique
-  Un point d'eau équipé pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du nettoyage du matériel et manque des essuie-mains
-  Des boites de gants à usage unique
-  Des tabliers de protection à usage unique
-  Une boîte de masque à usage médical
-  Un collecteur de déchets / support de sac poubelle
-  Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels
-  Un plan de travail pour l'égouttage des matériels

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

Audit Gestion des Excréta

Service : SEPSIS - Sepsis Ostéo articulaire

Matériel

Nombre de places : 20 - Nombre de chambre individuelles : 20 soit 100 %

Taux occupation le jour d'audit



80 %

Nombre de sanitaires individuels



100 %

Nombre de cantines nécessaires par jour



43.75 %

Nombre de patients continents dépendants





25 %


Nombre de patients nécessitant une protection UU




37.50 %


 Présence de contenants réutilisables : bassins / seaux / pots

 Contenants en quantité suffisante

 Contenants à usage unique

 Sacs protecteurs avec gélifiant pour bassin/pot utilisés

 Lieu de stockage adapté des bassins et pots

 Équipements stockés dans une zone propre et distincte

Conformité du matériel

5 Urinaux féminins 100 %

6 Urinaux masculins 46.15 % Manque couvercle 7

NC Urinaux anti-reflux -- %

7 Cantines à diurèse 63.64 % Taché/strié/terni/poreux 4

13 Bassins 100 %

NC Bassins pour chaise-pot -- %

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta


















Audit Gestion des Excréta

Service : SEPSIS - Sepsis Ostéo articulaire

LAVE-BASSIN

Nombre de lave-bassin : 1 - Année d'installation : 2015 - Type : thermique

-  Personnel sensibilisé depuis moins de 2 ans
-  Maintenance préventive réalisée au moins une fois par an
- 3** Nombre de panne en 2024
- 3** Nombre de jour d'immobilisation pour 2024
-  Absence de bassin/pot/seau sales en attente alors que le matériel est indisponible
-  Lave-bassin facile d'accès
-  Lave-bassin en état de marche le jour de l'enquête
-  Lave-bassin utilisé en routine
-  Lave-bassin est propre le jour de l'enquête (extérieur/intérieur)
-  Les buses du lave-bassin sont propres et sans tartre
-  La quantité de produit de rinçage est suffisante et en adéquation avec les recommandations du fabricant
-  La traçabilité de l'entretien est réalisée
-  Présence de produit hydro-alcoolique
-  Présence de gants à usage unique
-  L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale
-  Le local est propre le jour de l'enquête
-  Le local est entretenu chaque jour (traçabilité disponible au jour de l'enquête)

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé














Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

	Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE		
Audit Gestion des Excréta Service : SEPSIS - Sepsis Ostéo articulaire			
LOCAL DECONTAMINATION			
	Un distributeur de produit hydro-alcoolique		
	Un point d'eau équipé pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du nettoyage du matériel et manque des essuie-mains		
	Des boites de gants à usage unique		
	Des tabliers de protection à usage unique		
	Une boite de masque à usage médical		
	Un collecteur de déchets / support de sac poubelle		
	Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels		
	Un plan de travail pour l'égouttage des matériels		
Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH			

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

Audit Gestion des Excréta

Service : CSRG - Rééducation Gériatrique et Court Séjour

Matériel

Nombre de places : 27 - Nombre de chambre individuelles : 25 soit 92.59 %

Taux occupation le jour d'audit



85.19 %

Nombre de sanitaires individuels



100 %

Nombre de cantines nécessaires par jour



0 %

Nombre de patients continents dépendants









56.52 %

Nombre de patients nécessitant une protection UU



43.48 %

-  Présence de contenants réutilisables : bassins / seaux / pots
-  Contenants en quantité suffisante
-  Contenants à usage unique
-  Sacs protecteurs avec gélifiant pour bassin/pot utilisés
-  Lieu de stockage adapté des bassins et pots
-  Équipements stockés dans une zone propre et distincte

Conformité du matériel

NC	Urinaux féminins	-- %	
1	Urinal masculin	16.67 %	Manque couvercle 5
NC	Urinaux anti-reflux	-- %	
10	Cantines à diurèse	100 %	Attention , retrouvé 7 pots à diurèse des 24 heures
17	Bassins	89.47%	Taché/strié/terni/poreux 2
7	Bassins pour chaise-pot	100 %	

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta


















Audit Gestion des Excréta

Service : CSRG - Rééducation Gériatrique et Court Séjour

LAVE-BASSIN

Nombre de lave-bassin : 1 - Année d'installation : 2015 - Type : thermique

-  Personnel sensibilisé depuis moins de 2 ans
-  Maintenance préventive réalisée au moins une fois par an
- 1** Nombre de panne en 2024
- 1** Nombre de jour d'immobilisation pour 2024
-  Absence de bassin/pot/seau sales en attente alors que le matériel est disponible
-  Lave-bassin facile d'accès
-  Lave-bassin en état de marche le jour de l'enquête
-  Lave-bassin utilisé en routine
-  Lave-bassin est propre le jour de l'enquête (extérieur/intérieur)
-  Les buses du lave-bassin sont propres et sans tartre
-  La quantité de produit de rinçage est suffisante et en adéquation avec les recommandations du fabricant
-  La traçabilité de l'entretien est réalisée
-  Présence de produit hydro-alcoolique
-  Présence de gants à usage unique
-  L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale
-  Le local est propre le jour de l'enquête
-  Le local est entretenu chaque jour (traçabilité disponible au jour de l'enquête)

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé









Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta



Audit Gestion des Excréta

Service : CSRG - Rééducation Gériatrique et Court Séjour

LOCAL DECONTAMINATION

-  Un distributeur de produit hydro-alcoolique
-  Un point d'eau équipé pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du nettoyage du matériel et manque des essuie-mains
-  Des boîtes de gants à usage unique
-  Des tabliers de protection à usage unique
-  Une boîte de masque à usage médical
-  Un collecteur de déchets / support de sac poubelle
-  Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels
-  Un plan de travail pour l'égouttage des matériels

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

Audit Gestion des Excréta

Service : INTER R3 - Rééducation des membres supérieurs et inférieurs

Matériel

Nombre de places : 34 - Nombre de chambre individuelles : 21 soit 61.76 %

Taux occupation le jour d'audit



82.35 %

Nombre de sanitaires individuels



61.76%

Nombre de cantines nécessaires par jour



0 %

Nombre de patients continents dépendants





0 %


Nombre de patients nécessitant une protection UU




0 %


 Présence de contenants réutilisables : bassins / seaux / pots

 Contenants en quantité suffisante

 Contenants à usage unique

 Sacs protecteurs avec gélifiant pour bassin/pot utilisés

 Lieu de stockage adapté des bassins et pots - Le lavabo au dessus fuit sur les bassins

 Équipements stockés dans une zone propre et distincte

Conformité du matériel

NC Urinaux féminins -- %

0 Urinaux masculins 0 % Manque couvercle 12

NC Urinaux anti-reflux -- %

NC Cantines à diurèse -- %

1 Bassin 9.09 % Manque couvercle 10

NC Bassins pour chaise-pot -- %

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé





















Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

	Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE		Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière		GHT BRESSE HAUTE SAONE Groupe Hospitalier de Territoire
<h1>Audit Gestion des Excréta</h1> <p>Service : INTER R3 - Rééducation des membres supérieurs et inférieurs</p>					
<h2>LAVE-BASSIN</h2>					
Nombre de lave-bassin : 1 - Année d'installation : 2019 - Type : thermique					
	Personnel sensibilisé depuis moins de 2 ans				
	Maintenance préventive réalisée au moins une fois par an				
1	Nombre de panne en 2024				
1	Nombre de jour d'immobilisation pour 2024				
	Absence de bassin/pot/seau sales en attente alors que le matériel est disponible				
	Lave-bassin facile d'accès				
	Lave-bassin en état de marche le jour de l'enquête				
	Lave-bassin utilisé en routine				
	Lave-bassin est propre le jour de l'enquête (extérieur/intérieur)				
	Les buses du lave-bassin sont propres et sans tartre				
	La quantité de produit de rinçage est suffisante et en adéquation avec les recommandations du fabricant				
	La traçabilité de l'entretien est réalisée				
	Présence de produit hydro-alcoolique				
	Présence de gants à usage unique				
	L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale				
	Le local est propre le jour de l'enquête				
	Le local est entretenu chaque jour (traçabilité disponible au jour de l'enquête)				
Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH					

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé









Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta



Audit Gestion des Excréta

Service : INTER R3 - Rééducation des membres supérieurs et inférieurs

LOCAL DECONTAMINATION

-  Un distributeur de produit hydro-alcoolique
-  Un point d'eau équipé pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du nettoyage du matériel
-  Des boîtes de gants à usage unique
-  Des tabliers de protection à usage unique
-  Une boîte de masque à usage médical
-  Un collecteur de déchets / support de sac poubelle
-  Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels
-  Un plan de travail pour l'égouttage des matériels

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

Audit Gestion des Excréta

Service : INTER R4 - Rééducation des membres supérieurs et inférieurs

Matériel

Nombre de places : 46 - Nombre de chambre individuelles : 19 soit 41.30 %

Taux occupation le jour d'audit



82.61 %

Nombre de sanitaires individuels



41.30 %

Nombre de cantines nécessaires par jour



0 %

Nombre de patients continents dépendants









2.63 %

Nombre de patients nécessitant une protection UU



0 %

-  Présence de contenants réutilisables : bassins / seaux / pots
-  Contenants en quantité suffisante - 1 seule cantine tachée et sans couvercle
-  Contenants à usage unique
-  Sacs protecteurs avec gélifiant pour bassin/pot utilisés
-  Lieu de stockage adapté des bassins et pots - Le lavabo au dessus fuite sur les bassins
-  Équipements stockés dans une zone propre et distincte

Conformité du matériel

NC Urinaux féminins	-- %	
0 Urinaux masculins	0 %	Manque couvercle 3
2 Urinaux anti-reflux	100 %	
0 Cantines à diurèse	0 %	Taché/strié/terni/poreux 1
3 Bassins	42.86 %	Manque couvercle 4
1 Bassin pour chaise-pot	100 %	

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé
















Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

Audit Gestion des Excréta

Service : INTER R4 - Rééducation des membres supérieurs et inférieurs

LAVE-BASSIN

Nombre de lave-bassin : 1 - Année d'installation : 2017 - Type : thermique

-  Personnel sensibilisé depuis moins de 2 ans
-  Maintenance préventive réalisée au moins une fois par an
- 2** Nombre de panne en 2024
- 2** Nombre de jour d'immobilisation pour 2024
-  Absence de bassin/pot/seau sales en attente alors que le matériel est disponible
-  Lave-bassin facile d'accès
-  Lave-bassin en état de marche le jour de l'enquête
-  Lave-bassin utilisé en routine
-  Lave-bassin est propre le jour de l'enquête (extérieur/intérieur)
-  Les buses du lave-bassin sont propres et sans tartre
-  La quantité de produit de rinçage est suffisante et en adéquation avec les recommandations du fabricant
-  La traçabilité de l'entretien est réalisée
-  Présence de produit hydro-alcoolique
-  Présence de gants à usage unique
-  L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale
-  Le local est propre le jour de l'enquête
-  Le local est entretenu chaque jour (traçabilité disponible au jour de l'enquête)

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé














Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

	Centre Hospitalier Public d'HAUTEVILLE		Equipe Opérationnelle d'Hygiène Hospitalière	
<h1>Audit Gestion des Excréta</h1> <p>Service : INTER R4 - Rééducation des membres supérieurs et inférieurs</p>				
<h2>LOCAL DECONTAMINATION</h2>				
<ul style="list-style-type: none"> Un distributeur de produit hydro-alcoolique Un point d'eau équipé pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du matériel Des boites de gants à usage unique Des tabliers de protection à usage unique Une boite de masque à usage médical Un collecteur de déchets / support de sac poubelle Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels Un plan de travail pour l'égouttage des matériels				
<h3>Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH</h3>				

Légende :  Maîtrisé  Partiellement maîtrisé  Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

Audit Gestion des Excréta

Service : SSG - Soins de Suite Gériatriques

Matériel

Nombre de places : 28 - Nombre de chambre Individuelles : 20 soit 71.43 %

Taux occupation le jour d'audit



92.86 %

Nombre de sanitaires individuels



100 %

Nombre de cantines nécessaires par jour



7.69 %

Nombre de patients continents dépendants





82.46 %


Nombre de patients nécessitant une protection UU





84.62 %


 Présence de contenants réutilisables : bassins / seaux / pots

 Contenants en quantité suffisante

 Contenants à usage unique

 Sacs protecteurs avec gélifiant pour bassin/pot utilisés

 Lieu de stockage adapté des bassins et pots

 Équipements stockés dans une zone propre et distincte

Conformité du matériel

0	Urinaux féminins	0 %	Manque couvercle 1
0	Urinaux masculins	0 %	Manque couvercle 3
NC	Urinaux anti-reflux	-- %	
9	Cantines à diurèse	100 %	
9	Bassins	100 %	
3	Bassins pour chaise-pot	100 %	

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta


















Audit Gestion des Excréta

Service : SSG - Soins de Suite Gériatriques

LAVE-BASSIN

Nombre de lave-bassin : 1 - Année d'installation : 2016 - Type : thermique

-  Personnel sensibilisé depuis moins de 2 ans
-  Maintenance préventive réalisée au moins une fois par an
- 3** Nombre de panne en 2024
- 2** Nombre de jour d'immobilisation pour 2024
-  Absence de bassin/pot/seau sales en attente alors que le matériel est disponible
-  Lave-bassin facile d'accès
-  Lave-bassin en état de marche le jour de l'enquête
-  Lave-bassin utilisé en routine
-  Lave-bassin est propre le jour de l'enquête (extérieur/intérieur)
-  Les buses du lave-bassin sont propres et sans tartre
-  La quantité de produit de rinçage est suffisante et en adéquation avec les recommandations du fabricant
-  La traçabilité de l'entretien est réalisée
-  Présence de produit hydro-alcoolique
-  Présence de gants à usage unique
-  L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale
-  Le local est propre le jour de l'enquête
-  Le local est entretenu chaque jour (traçabilité disponible au jour de l'enquête)

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé









Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta



Audit Gestion des Excréta

Service : SSG - Soins de Suite Gériatriques

LOCAL DECONTAMINATION

-  Un distributeur de produit hydro-alcoolique
-  Un point d'eau équipé pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du nettoyage du matériel et manque des essuie-mains
-  Des boîtes de gants à usage unique
-  Des tabliers de protection à usage unique
-  Une boîte de masque à usage médical
-  Un collecteur de déchets / support de sac poubelle
-  Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels
-  Un plan de travail pour l'égouttage des matériels

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta

Audit Gestion des Excréta

Service : Soins de Nutrition, Obésité et Diabétologie

Matériel

Nombre de places : 31 - Nombre de chambre Individuelles : 31 soit 100 %

Taux occupation le jour d'audit



67.74 %



100 %



0 %

Nombre de sanitaires individuels

Nombre de cantines nécessaires par jour

Nombre de patients continents dépendants





4.76 %


Nombre de patients nécessitant une protection UU





14.29 %


 Présence de contenants réutilisables : bassins / seaux / pots

 Contenants en quantité suffisante

 Contenants à usage unique

 Sacs protecteurs avec gélifiant pour bassin/pot utilisés

 Lieu de stockage adapté des bassins et pots

 Équipements stockés dans une zone propre et distincte

Conformité du matériel

2 Urinaux féminins	100 %	
2 Urinaux masculins	40 %	Manque couvercle 3
NC Urinaux anti-reflux	-- %	
20 Cantines à diurèse	90.91 %	Manque couvercle 2
5 Bassins	100 %	
7 Bassins pour chaise-pot	77.78 %	Taché/strié/terni/poreux 2

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé






Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta





Audit Gestion des Excréta

Service : Soins de Nutrition, Obésité et Diabétologie

LAVE-BASSIN

Nombre de lave-bassin : 1 - Année d'Installation : 2017 - Type : thermique

 Personnel sensibilisé depuis moins de 2 ans


 Maintenance préventive réalisée au moins une fois par an


2


 Nombre de panne en 2024


22


 Nombre de jour d'immobilisation pour 2024


 Absence de bassin/pot/seau sales en attente alors que le matériel est disponible


 Lave-bassin facile d'accès


 Lave-bassin en état de marche le jour de l'enquête


 Lave-bassin utilisé en routine


 Lave-bassin est propre le jour de l'enquête (extérieur/intérieur)


 Les buses du lave-bassin sont propres et sans tartre


 La quantité de produit de rinçage est suffisante et en adéquation avec les recommandations du fabricant


 La traçabilité de l'entretien est réalisée

 Présence de produit hydro-alcoolique

 Présence de gants à usage unique


 L'agencement du local permet de distinguer une zone propre et une zone sale


 Le local est propre le jour de l'enquête


 Le local est entretenu chaque jour (traçabilité disponible au jour de l'enquête)

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :

 Maîtrisé

 Partiellement maîtrisé

 Non maîtrisé









Annexe 10 : Affiches de restitution de l'audit de ressources de gestion des excréta



Audit Gestion des Excréta

Service : Soins de Nutrition, Obésité et Diabétologie

LOCAL DECONTAMINATION

-  Un distributeur de produit hydro-alcoolique
-  Un point d'eau équipé pour le lavage des mains distinct de la zone de nettoyage du nettoyage du matériel
-  Des boites de gants à usage unique
-  Des tabliers de protection à usage unique
-  Une boite de masque à usage médical
-  Un collecteur de déchets / support de sac poubelle
-  Un évier ou au minimum un bac permettant l'entretien par immersion des matériels
-  Un plan de travail pour l'égouttage des matériels

Audit réalisé en janvier 2025 - EOHH

Légende :



Maîtrisé



Partiellement maîtrisé



Non maîtrisé

Annexe 11 : Grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

GRILLE D'EVALUATION GESTION DES EXCRETA

N° d'observation : _____

N° de professionnel observé : _____

Date : ____/____/20____

Lieu :

- ☐ Ehpad 3
- ☐ Sepsis
- ☐ CSRG
- ☐ SSG
- ☐ LISP
- ☐ Pneumo/obésité/diabétologie
- ☐ R3 Inter
- ☐ R4 Inter

Initiales de l'auditeur : _____

1) Quelle est la fonction de la personne observée ?

Infirmier

AS

FFAS

Autre : _____

☐
☐
☐
☐

2) Situation observée :

Toilette au lavabo

Aide à la toilette

Toilette au lit

Retrait de bassin

Retrait d'un urinal

Retrait bassin chaise garde-robe

Retrait pour vidange pot à urines

☐
☐
☐
☐
☐
☐
☐

3) Observation de terrain :

Nombre de lave-bassin dans le service

Lave-bassin opérationnel :

Oui ☐

Non ☐







CRITERES	OUI	NON	NO	COMMENTAIRES
1 - Précautions standard avant le soin				
1.1 - Hygiène des mains réalisée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2 - Si OUI, quelle hygiène des mains a été réalisée ?				
<input type="checkbox"/> Friction au SHA <input type="checkbox"/> Lavage simple				

dd : détergent Désinfectant **LB** : Lave Bassin **NO** : Non Observé **SHA** : Solution Hydro-Alcoolique **UU** : Usage Unique

Annexe 11 : Grille d'évaluation de la gestion des excréta par observation

CRITERES	OUI	NON	NO	COMMENTAIRES
1.3 - Port de gants UU ?				
1.4 - Si OUI, en quelle matière sont les gants ? <input type="checkbox"/> Gants en vinyle <input type="checkbox"/> Gants en nitrile <input type="checkbox"/> Gants en latex				
1.5 - Gants mis en place immédiatement avant le soin ?				
1.6 - Port d'un tablier plastique UU ?				
1.7 - Le tablier a-t-il été changé entre 2 patients/résidents ?				

CRITERES	OUI	NON	NO	COMMENTAIRES
2 - Précautions complémentaires avant le soin				
2.1 - Le patient/résident est-il en précautions complémentaires ?				
<i>Si NON, ignorer les questions suivantes, et passer au paragraphe 3.</i>				
2.2 - Quel type de précautions complémentaires ont été mises en place ? <input type="checkbox"/> "C" contact <input type="checkbox"/> "Ccd" contact pour clostridioides difficile <input type="checkbox"/> "CR" contact renforcé <input type="checkbox"/> "Cg" contact gale <input type="checkbox"/> "G" gouttelettes <input type="checkbox"/> "C+G" contact + gouttelettes <input type="checkbox"/> "A" air <input type="checkbox"/> "P" protecteur				
2.3 - Le professionnel porte-t-il une surblouse UU ?				

CRITERES	OUI	NON	NO	COMMENTAIRES
3 - Manipulation Bassin / Urinal / Seau de chaise garde-robe / Bocal à urines				
3.1 - De quel contenant s'agit-il ? <div>  <input type="checkbox"/> Urinal  <input type="checkbox"/> Urinal valve anti-reflux  <input type="checkbox"/> Urinal féminin </div> <div>  <input type="checkbox"/> Bassin  <input type="checkbox"/> Bocal à urines  <input type="checkbox"/> Bassin chaise garde-robe </div>				
3.2 - Vidange dans les sanitaires du contenant à excréta ?				
3.3 - Rinçage du contenant à excréta ?				

dd : détergent Désinfectant **LB** : Lave Bassin **NO** : Non Observé **SHA** : Solution Hydro-Alcoolique **UU** : Usage Unique

Annexe 11 : Grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

CRITERES	OUI	NON	NO	COMMENTAIRES
3.4 - Si OUI, où le contenant a-t-il été rincé ? <input type="checkbox"/> Douche <input type="checkbox"/> Lavabo				
3.5 - Utilisation d'un couvercle pour le transport du contenant à excréta vers le lave-bassin ?				
3.6 - Le lave-bassin est-il immédiatement disponible ?				
3.7 - Si NON, où le contenant a-t-il été déposé ? <input type="checkbox"/> sur la zone de dépose à côté du lave-bassin <input type="checkbox"/> au sol <input type="checkbox"/> autre (à préciser) : _____				
3.8 - Comment est actionnée l'ouverture de la porte du lave-bassin ? <input type="checkbox"/> commande au pied <input type="checkbox"/> cellule sans contact <input type="checkbox"/> ouverture de la porte avec gants <input type="checkbox"/> cellule avec gants				
3.9 - Contenant correctement positionné dans le lave-bassin ?				
3.10 - Comment est actionnée la fermeture de la porte du lave-bassin ? <input type="checkbox"/> commande au pied <input type="checkbox"/> cellule sans contact <input type="checkbox"/> fermeture de la porte avec gants <input type="checkbox"/> cellule avec gants				
3.11 - Retrait du tablier UU ?				
3.12 - Si OUI, dans quel sac le tablier a-t-il été éliminé ? <input type="checkbox"/> Sac DAS (noir) <input type="checkbox"/> Sac DASRI (jaune) <input type="checkbox"/> Sac recyclable (bleu) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
<i>Si mise en place de précautions complémentaires justifiant le port d'une surblouse :</i>				
3.13 - Retrait de la surblouse ?				
3.14 - Si OUI, dans quel sac la surblouse a-t-elle été éliminée ? <input type="checkbox"/> Sac DAS (noir) <input type="checkbox"/> Sac DASRI (jaune) <input type="checkbox"/> Sac recyclable (bleu) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
3.15 - Retrait des gants UU ?				
3.16 - Si OUI, dans quel sac les gants ont-ils été éliminés ? <input type="checkbox"/> Sac DAS (noir) <input type="checkbox"/> Sac DASRI (jaune) <input type="checkbox"/> Sac recyclable (bleu) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
3.17 - Hygiène des mains réalisée ?				

dd : détergent Désinfectant **LB** : Lave Bassin **NO** : Non Observé **SHA** : Solution Hydro-Alcoolique **UU** : Usage Unique

Annexe 11 : Grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

CRITERES	OUI	NON	NO	COMMENTAIRES
3.18 - Si OUI, quelle hygiène des mains a été réalisée ? <input type="checkbox"/> Friction au SHA <input type="checkbox"/> Lavage simple				
CRITERES	OUI	NON	NO	COMMENTAIRES
4 - Gestion des sacs protecteurs absorbants (en l'absence de LB ou panne LB)				
4.1 - Utilisation d'un sac protecteur absorbant				
4.2 - Le sac protecteur est-il évacué immédiatement après usage ?				
4.3 - Si OUI, dans quel sac le sac protecteur est-il évacué ? <input type="checkbox"/> Poubelle patient/résident <input type="checkbox"/> Poubelle lave-bassin <input type="checkbox"/> Chariot de nursing <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
4.4 - Désinfection du support pour le sac protecteur ? <input type="checkbox"/> Aucune action de désinfection <input type="checkbox"/> Rinçage avec la douche <input type="checkbox"/> Rinçage sous le lavabo <input type="checkbox"/> Avec le lave-bassin <input type="checkbox"/> Bionettoyage par immersion				
4.5 - Retrait du tablier UU ?				
4.6 - Si OUI, dans quel sac le tablier UU est-il éliminé ? <input type="checkbox"/> Sac DAS (noir) <input type="checkbox"/> Sac DASRI (jaune) <input type="checkbox"/> Sac recyclable (bleu) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
<i>Si mise en place de précautions complémentaires justifiant le port d'une surblouse :</i>				
4.7 - Retrait de la surblouse ?				
4.8 - Si OUI, dans quel sac la surblouse est-elle éliminée ? <input type="checkbox"/> Sac DAS (noir) <input type="checkbox"/> Sac DASRI (jaune) <input type="checkbox"/> Sac recyclable (bleu) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
4.9 - Retrait des gants UU ?				
4.10 - Si OUI, dans quel sac les gants sont-ils éliminés ? <input type="checkbox"/> Sac DAS (noir) <input type="checkbox"/> Sac DASRI (jaune) <input type="checkbox"/> Sac recyclable (bleu) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
4.11 - Hygiène des mains réalisée ?				

dd : détergent Désinfectant **LB** : Lave Bassin **NO** : Non Observé **SHA** : Solution Hydro-Alcoolique **UU** : Usage Unique

Annexe 11 : Grille d'évaluation de la gestion des excréta par observation

CRITERES	OUI	NON	NO	COMMENTAIRES
4.12 - Si OUI, quelle hygiène des mains a été réalisée ?				
<input type="checkbox"/> Friction au SHA <input type="checkbox"/> Lavage simple				

CRITERES	OUI	NON	NO	COMMENTAIRES
5 - Hygiène de l'environnement et gestion du linge souillé par des excréta				
5.1 - Présence d'excréta sur le drap ?				
<i>Si NON, le questionnaire est terminé.</i>				
5.2 - Manipulation du linge souillé avec des gants UU ?				
5.3 - Manipulation du linge souillé avec un tablier UU ?				
5.4 - Quel type de souillures sont sur le drap ?				
<input type="checkbox"/> Traces d'excréta <input type="checkbox"/> Amas d'excréta				
5.5 - Si "AMAS D'EXCRETA", comment le professionnel l'élimine de dessus le drap ?				
<input type="checkbox"/> Avec du papier UU <input type="checkbox"/> Envoi du linge en l'état à la lingerie				
<i>Si emploi du papier à usage unique, renseigner la question suivante.</i>				
5.6 - Où le papier UU est-il éliminé ?				
<input type="checkbox"/> Sac DAS (noir) <input type="checkbox"/> Sanitaire <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
5.7 - Dans quel endroit a été déposé le linge souillé après son retrait du lit ?				
<input type="checkbox"/> Chariot de soins <input type="checkbox"/> Chaise <input type="checkbox"/> Adaptable <input type="checkbox"/> Au sol				
5.8 - Bionettoyage de la housse du matelas réalisée ?				
5.9 - Si OUI, avec quel produit la housse a-t-elle été bionettoyée ?				
<input type="checkbox"/> d/D (détergent/désinfectant) <input type="checkbox"/> d/D/s (détergent/désinfectant sporicide) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
5.10 - Bionettoyage de la surface où le linge souillé a été déposé ?				
5.11 - Si OUI, avec quel produit a-t-elle été bionettoyée ?				
<input type="checkbox"/> d/D (détergent/désinfectant) <input type="checkbox"/> d/D/s (détergent/désinfectant sporicide) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
5.12 - Retrait du tablier UU ?				

dd : détergent Désinfectant **LB** : Lave Bassin **NO** : Non Observé **SHA** : Solution Hydro-Alcoolique **UU** : Usage Unique

Annexe 11 : Grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

CRITERES	OUI	NON	NO	COMMENTAIRES
5.13 - Si OUI, dans quel sac le tablier UU a-t-il été éliminé ?				
<input type="checkbox"/> Sac DAS (noir) <input type="checkbox"/> Sac DASRI (jaune) <input type="checkbox"/> Sac recyclable (bleu) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
<i>Si mise en place de précautions complémentaires justifiant le port d'une surblouse :</i>				
5.14 - Retrait de la surblouse ?				
5.15 - Si OUI, dans quel sac la surblouse est-elle éliminée ?				
<input type="checkbox"/> Sac DAS (noir) <input type="checkbox"/> Sac DASRI (jaune) <input type="checkbox"/> Sac recyclable (bleu) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
5.16 - Retrait des gants UU ?				
5.17 - Si OUI, dans quel sac les gants UU ont-ils été éliminés ?				
<input type="checkbox"/> Sac DAS (noir) <input type="checkbox"/> Sac DASRI (jaune) <input type="checkbox"/> Sac recyclable (bleu) <input type="checkbox"/> Autre (à préciser) : _____				
5.18 - Hygiène des mains réalisée ?				
5.19 - Si OUI, quelle hygiène des mains a été réalisée ?				
<input type="checkbox"/> Friction au SHA <input type="checkbox"/> Lavage simple				

dd : détergent Désinfectant **LB** : Lave Bassin **NO** : Non Observé **SHA** : Solution Hydro-Alcoolique **UU** : Usage Unique

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excréta par observation

GESTION DES EXCRETA GUIDE DE L'ENQUETEUR

Ce guide a pour objet de définir les modalités de recueil des données avec la grille d'observation.

Remplir une grille par situation observée.

Cette grille exclu la prise en charge des changes (changes complets, pull-ups, bambinettes).

L'observateur ne devra observer que la gestion des excréta nécessitant le traitement en lave-bassin, ou l'évacuation en care-bag.

N° Observation :

Indiquer un numéro à chaque observation réalisée. On débute par 1, puis 2, ... ainsi de suite.

N° de professionnel observé :

Attribuer un numéro au professionnel observé, afin de laisser le questionnaire anonyme. Reporter ce même numéro, pour toute observation faite de ce professionnel dans une autre observation.

Ex : l'aide-soignante Marie, portera le même numéro 4 pour toutes les observations qui seront faites d'elle.

Date :

Indiquer la date du jour où est réalisée l'observation.

Initiales de l'auditeur :

Indiquer vos initiales en qualité d'auditeur.

Ex : Henri MARTIN notera HM

Lieu :

Cocher le nom du service dans lequel vous réalisez votre observation parmi la liste de choix (seuls les services mentionnés dans la liste à cocher peuvent être audités).

Fonction de la personne observée :

Cocher la fonction du professionnel observé.

Infirmier

AS = Aide-soignant

FFAS = Faisant Fonction d'Aide-Soignant

Dans "AUTRE", indiquer la qualité du professionnel observé, et dont la profession n'est pas dans la liste. A noter, que **seuls les personnels de l'établissement peuvent être observés** (on exclue les étudiants aides-soignants et infirmiers).

Situation observée :

Cocher la nature du soin réalisé lors de l'observation : "AU COURS D'UNE TOILETTE AU LAVABO", "AIDE A LA TOILETTE", "TOILETTE AU LIT", "LORS D'UN RETRAIT DE BASSIN", "LORS D'UN RETRAIT D'URINAL", "LORS D'UN RETRAIT BASSIN CHAISE GARDE ROBE " ou "LORS DE LA VIDANGE DU POT A URINE".

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

Observation de terrain :

Nombre de lave-bassin dans le service

Indiquer en chiffre le nombre de lave-bassin présent dans l'unité de soin observée.

Lave-bassin opérationnel

OUI, si le lave-bassin fonctionne le jour de l'évaluation.

NON, si le lave-bassin est en panne le jour de l'évaluation.

1 - Précautions standard avant le soin :

1.1 - Hygiène des mains

OUI, si hygiène des mains est réalisée.

NON, si absence d'hygiène des mains.

NO pour Non Observé, si l'hygiène des mains n'a pas été observée.

Si OUI, renseigner la question suivante.

1.2 - Indiquer quelle hygiène des mains a été réalisée ?

Cocher "**SHA**" si friction des mains avec solution hydroalcoolique

Cocher "**LAVAGE SIMPLE**" si lavage des mains à l'eau et au savon

Dans le cas où un professionnel emploie les deux techniques, cocher les deux techniques d'hygiène des mains.

1.3 - Port de gants UU (à Usage Unique)

OUI, si le professionnel porte des gants .

NON, si le professionnel ne porte pas de gants.

Si OUI, renseigner la question suivante.

1.4 - En quelle matière sont les gants ?



Sélectionner "**GANTS VINYLE**" si les gants portés sont en vinyle.



Sélectionner "**GANTS NITRILE**" si les gants portés sont en nitrile.



Sélectionner "**GANTS LATEX**" si les gants portés sont en latex.

1.5 - Gants mis en place immédiatement avant le soin

OUI, si le professionnel met les gants immédiatement avant le soin.

NON, si le professionnel portait déjà des gants ayant servi pour un autre soin.

Ex : le professionnel a réalisé une hygiène bucco-dentaire, et a conservé la même paire de gants pour la gestion des excréta.

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

1.6 - Port d'un tablier UU (à Usage Unique)

OUI, si le professionnel porte un tablier UU.

NON, si le professionnel ne porte pas de tablier UU.



1.7 - Tablier changé entre 2 patients

OUI, si le tablier est dédié pour les soins exclusifs du patient/résident.

NON, si le tablier a déjà servi pour des soins dédiés à un autre patient/résident.

2 - Précautions complémentaires

2.1 - Le patient/résident est-il en précautions complémentaires ?

OUI, si le patient/résident est en précautions complémentaires.

NON, si le patient/résident n'est pas en précautions complémentaires.

Si NON, ne pas renseigner les autres questions de cet item, et passer au chapitre 3.

2.2 - Type de précautions complémentaires

Renseigner le type de précautions complémentaires mises en place parmi la liste :

Précautions complémentaires	Pathologies	Précautions complémentaires	Pathologies
"C" contact	BMR	"G" gouttelettes	Grippe, VRS
"Ccd" contact pour <i>Clostridium difficile</i>	<i>Clostridium difficile</i>	"C+G" contact + gouttelettes	COVID
"CR" contact renforcé	BHRe	"A" air	Tuberculose, rougeole
"Cg" contact gale	Gale	"P" protecteur	Immuno-dépression

2.3 - Port d'une surblouse UU

OUI, si le professionnel porte une surblouse à usage unique.

NON, si le professionnel ne porte pas de surblouse à usage unique.

3 - Manipulation Bassin / Urinal / Seau de chaise garde-robe / Bocal à urines

3.1 - De quel contenant s'agit-il ?

Cocher le contenant qui a été utilisé :



"URINAL" si emploi d'un urinal masculin.



"URINAL VALVE ANTI REFLUX" si emploi d'un urinal avec valve anti-reflux.



"URINAL FEMININ" si emploi d'un urinal féminin.

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation



"**BASSIN**" si emploi d'un bassin.



"**BOCAL A URINES**" si emploi d'un bocal à urines



"**BASSIN CHAISE GARDE ROBE**" si emploi d'une chaise garde-robe.

3.2 - Vidange dans les sanitaires du contenant à excréta

OUI, si le professionnel déverse le contenu du bassin / urinal / bocal à urines dans le WC de la chambre.

NON, si le professionnel ne déverse pas le contenu du bassin / urinal / bocal à urines dans le WC de la chambre.

3.3 - Rinçage du contenant à excréta ?

OUI, si le professionnel rince le contenant à excréta dans la chambre du patient/résident.

NON, si le professionnel ne rince pas le contenant à excréta dans la chambre du patient/résident.

Si "**OUI**" renseigner la question suivante.

3.4 - Où le contenant a-t-il été rincé ?

Cocher "**DOUCHE**" si le contenant a été rincé avec le pommeau de la douche.

Cocher "**LAVABO**" si le contenant a été rincé sous le jet du lavabo.

3.5 - Utilisation d'un couvercle pour le transport du contenant à excréta vers le lave-bassin

OUI, si le contenant à excréta est muni d'un couvercle au sorti de la chambre, et jusqu'au lave-bassin. (Pour les urinaux avec valve anti-reflux, le transport se fait par la poignée à la verticale, et sans couvercle et sera considéré comme "**OUI**").

NON, si le contenant à excréta n'est pas muni d'un couvercle pour être transporté jusqu'au lave-bassin.

3.6 - Le lave-bassin est immédiatement disponible

OUI, si aucun cycle n'est en cours, et si l'appareil n'est pas en panne.

Si **OUI**, passez à la question 3.8

NON, si le lave-bassin est en cours de cycle ou en panne.

Si **NON**, renseigner la question suivante.

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

3.7 - En l'absence de disponibilité du lave-bassin, où le professionnel a-t-il déposé le contenant ?

Cocher "**ZONE DE DEPOSE**" si le contenant a été déposé sur la zone de dépose à côté du lave-bassin.

Cocher "**AU SOL**" si le professionnel a déposé le contenant par terre.

Cocher "**AUTRE**" si le professionnel a déposé le contenant ailleurs, et spécifier le lieu.

Passez ensuite à la question 3.11

3.8 - Sélectionner le mode avec lequel le professionnel a ouvert la porte du lave-bassin.



Commande au pied

Cocher "**COMMANDE AU PIED**" si le professionnel a procédé avec cette commande pour ouvrir la porte.



Cellule sans contact

Cocher "**CELLULE SANS CONTACT**" si le professionnel a actionné l'ouverture sous contact avec la paroi du lave-bassin.

Cocher "**PORTE AVEC GANTS**" si le professionnel a actionné l'ouverture de porte avec ses gants.

Cocher "**CELLULE AVEC GANTS**" si le professionnel a touché la cellule avec ses gants.

3.9 - Contenant correctement positionné dans le lave-bassin ?

OUI, si le support est correctement positionné.

NON, si le support n'est pas correctement positionné.

Schéma du positionnement correcte dans le lave-bassin :



Bocal à urines



Urinal avec valve anti-reflux



Urinal masculin et féminin



Panière pour les bouchons des urinaux



Bassin



Bassin chaise garde-robe

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

3.10 - Comment est actionnée la fermeture de la porte ?

Cocher "**COMMANDE AU PIED**" si le professionnel a procédé avec cette commande pour ouvrir la porte.

Cocher "**CELLULE SANS CONTACT**" si le professionnel a actionné l'ouverture sous contact avec la paroi du lave-bassin.

Cocher "**PORTE AVEC GANTS**" si le professionnel a actionné l'ouverture de porte avec ses gants.

Cocher "**CELLULE AVEC GANTS**" si le professionnel a touché la cellule avec ses gants.

3.11 - Retrait du tablier UU (à Usage Unique)

OUI, si le tablier à usage unique est retiré.

NON, si le tablier à usage unique n'est pas retiré.

Si OUI, renseigner la question suivante.

3.12 - Dans quel sac a été éliminé le tablier UU (à Usage Unique) ?



Cocher "**SAC DAS**" si le tablier a été éliminé dans un sac noir des Déchets Associés aux Soins.

Cocher "**SAC DASRI**" si le tablier a été éliminé dans un sac pour Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux.

Cocher "**SAC BLEU**" si le tablier a été éliminé dans un sac pour les déchets recyclables.

Cocher "**AUTRE**" si le tablier a été éliminé dans un autre sac, et préciser lequel.

Si mise en place de précautions complémentaires justifiant le port d'une surblouse :

3.13 - Retrait de la surblouse ?

OUI, si le professionnel procède au retrait de la surblouse.

NON, si le professionnel ne quitte pas la surblouse.

Si OUI, renseigner la question suivante.

3.14 - Dans quel sac la surblouse a-t-elle été éliminée ?

Cocher "**SAC DAS**" si le tablier a été éliminé dans un sac noir des Déchets Associés aux Soins.

Cocher "**SAC DASRI**" si la surblouse a été éliminée dans un sac pour Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux.

Cocher "**SAC BLEU**" si la surblouse a été éliminée dans un sac pour les déchets recyclables.

Cocher "**AUTRE**" si la surblouse a été éliminée dans un autre sac, et préciser lequel.

3.15 - Retrait des gants UU (à usage unique)

OUI, si les gants sont éliminés après la dépose du contenant.

NON, si les gants ne sont pas retirés après la dépose du contenant.

Si OUI, renseigner la question suivante.

3.16 - Dans quel sac les gants ont-ils été éliminés ?

Cocher "**SAC DAS**" si le tablier a été éliminé dans un sac noir des Déchets Associés aux Soins.

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

Cocher "**SAC DASRI**" si les gants ont été éliminés dans un sac pour Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux.

Cocher "**SAC BLEU**" si les gants ont été éliminés dans un sac pour les déchets recyclables.

Cocher "**AUTRE**" si les gants ont été éliminés dans un autre sac, et préciser lequel.

3.17 - Hygiène des mains

OUI, si hygiène des mains réalisée

NON, si absence d'hygiène des mains.

NO, si l'hygiène des mains n'a pas pu être observée.

Si OUI, renseigner la question suivante.

3.18 - Quelle hygiène des mains a été réalisée ?

Cocher "**SHA**" si friction des mains avec solution hydroalcoolique

Cocher "**LAVAGE SIMPLE**" si lavage des mains à l'eau et au savon

NO pour Non Observé, si l'hygiène des mains au SHA et/ou au savon n'a pas été

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

Dans le cas où un professionnel emploie les deux techniques, cocher les deux techniques

4 - Gestion des sacs protecteurs absorbants (en l'absence de LB ou panne LB)

4.1 - Utilisation d'un sac protecteur absorbant

OUI, si emploi d'un sac protecteur absorbant.

NON, si pas d'emploi de sac protecteur absorbant.

Si NON, ne pas remplir les autres questions de ce chapitre 4, et passer directement au chapitre 5.

Pour information, voici en quoi consiste à un sac collecteur :



4.2 - Le sac protecteur est-il évacué immédiatement après usage ?

OUI, si le sac protecteur absorbant est éliminé après le soin.

NON, si le sac protecteur est laissé dans la chambre du patient/résident.

4.3 - Où le sac protecteur est-il éliminé ?

Cocher "**POUBELLE DU PATIENT/RÉSIDENT**" si le sac protecteur est déposé dans la poubelle du patient/résident.

Cocher "**POUBELLE LOCAL LAVE-BASSIN**" si le sac protecteur est déposé dans la poubelle du lave-bassin.

Cocher "**CHARIOT DE NURSING**" si le sac protecteur est déposé dans la poubelle du chariot de nursing.

Cocher "**AUTRE**" si le sac protecteur est éliminé à un autre endroit, et préciser lequel.

4.4 - Désinfection du support du sac protecteur

Cocher "**AUCUNE ACTION DE DESINFECTION**" si le support n'est pas bionettoyé.

Cocher "**RINCAGE DOUCHE**" si le support est rincé sous la douche.

Cocher "**RINCAGE LAVABO**" si le support est rincé sous le jet du lavabo.

Cocher "**LAVE BASSIN**" si le support est déposé dans le lave-bassin.

Cocher "**PAR IMMERSION**" si le contenant est bionettoyé par immersion dans le local décontamination.

4.5 - Retrait du tablier UU (à Usage Unique) ?

OUI, si retrait du tablier à usage unique .

NON, si pas de retrait du tablier à usage unique.

Si OUI, renseigner la question suivante.

4-6 - Où le tablier UU (à usage unique) est-il éliminé ?

Cocher "**SAC DAS**" si le tablier a été éliminé dans un sac noir des Déchets Associés aux Soins.

Cocher "**SAC DASRI**" si le tablier a été éliminé dans un sac pour Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux.

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

Cocher "**SAC BLEU**" si le tablier a été éliminé dans un sac pour les déchets recyclables.

Cocher "**AUTRE**" si le tablier a été éliminé dans un autre sac, et préciser lequel.

Si mise en place de précautions complémentaires justifiant le port d'une surblouse :

4.7 - Retrait de la surblouse ?

OUI, si le professionnel procède au retrait de la surblouse.

NON, si le professionnel ne quitte pas la surblouse.

Si OUI, renseigner la question suivante.

4.8 - Où la surblouse est-elle éliminée ?

Cocher "**SAC DAS**" si la surblouse a été éliminée dans un sac noir des Déchets Associés aux Soins.

Cocher "**SAC DASRI**" si la surblouse a été éliminée dans un sac pour Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux.

Cocher "**SAC BLEU**" si la surblouse a été éliminée dans un sac pour les déchets recyclables.

Cocher "**AUTRE**" si la surblouse a été éliminée dans un autre sac, et préciser lequel.

4.9 - Retrait de la paire de gants UU ?

OUI, si retrait de la paire de gants UU juste après le procédé de désinfection du contenant.

NON, si le retrait des gants n'est pas réalisé, ou s'il est fait à distance de la désinfection du contenant.

Si OUI, renseigner la question suivante.

4.10 - Où les gants ont-ils été éliminés ?

Cocher "**SAC DAS**" si les gants ont été éliminés dans un sac noir des Déchets Associés aux Soins.

Cocher "**SAC DASRI**" si les gants ont été éliminés dans un sac pour Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux.

Cocher "**SAC BLEU**" si les gants ont été éliminés dans un sac pour les déchets recyclables.

Cocher "**AUTRE**" si les gants ont été éliminés dans un autre sac, et préciser lequel.

4.11 - Réalisation d'une hygiène des mains ?

OUI, si le professionnel réalise une hygiène des mains.

NON, si le professionnel ne réalise aucune hygiène des mains.

NO pour Non Observé, si l'hygiène des mains n'a pas été observée.

Si OUI, renseigner la question suivante.

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excréta par observation

4.12 - Quelle hygiène des mains a été réalisée ?

Cocher "**SHA**" si friction des mains avec solution hydroalcoolique

Cocher "**LAVAGE SIMPLE**" si lavage des mains à l'eau et au savon

A noter qu'il est possible que le professionnel réalise les deux méthodes, auquel cas, il faudra cocher les 2 techniques d'hygiène des mains.

5 - Hygiène de l'environnement et gestion du linge souillé par des excréta

5.1 - Présence d'excréta sur le drap ?

OUI, si le drap comporte des souillures visibles avec des excréta.

NON, si le drap est visiblement propre.

Si NON, le questionnaire est terminé, et ignorer les prochaines questions.

5.2 - Manipulation du linge souillé avec des gants UU

OUI, si manipulation du linge souillé par des liquides biologiques (selles, urines, ...) avec des gants.

NON, si manipulation du linge souillé par des excréta sans gants.

5.3 - Manipulation du linge souillé avec un tablier UU

OUI, si manipulation du linge souillé en portant un tablier UU pour éviter de contaminer sa tenue de travail.

NON, si manipulation du linge souillé sans port d'un tablier UU.

5.4 - Quel type de souillures sont sur le drap ?

Cocher "**TRACES**" s'il s'agit de traces sur le drap.

Cocher "**AMAS D'EXCRETA**" s'il s'agit d'un amas d'excréta.

Si présence d'"AMAS D'EXCRETA", renseigner la question suivante.

5.5 - Comment le professionnel élimine-t-il les excréta sur le drap ?

Cocher "**PAPIER UU**" si le plus gros des excréta est retiré avec du papier à usage unique.

Cocher "**ENVOI EN L'ETAT EN LINGERIE**" si le professionnel envoie le linge avec les excréta en lingerie.

Si emploi de "PAPIER UU", merci de renseigner la question suivante.

5.6 - Où le papier à usage unique a-t-il été éliminé ?

Cocher "**POUBELLE DAS**" si le papier à usage unique a été jeté dans la poubelle avec un sac noir.

Cocher "**SANITAIRE**" si le papier à usage unique a été jeté dans le WC.

Cocher "**AUTRE**" et renseigner l'endroit où a été éliminé le papier à usage unique.

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

5.7 - Lieu où a été déposé le linge souillé après son retrait du lit

Cocher "**CHARIOT DE SOINS**" si le linge souillé a été déposé sur l'étagère du bas du chariot de soins.

Cocher "**CHAISE**" si le linge souillé a été déposé sur l'assise de la chaise.

Cocher "**ADAPTABLE**" si le linge souillé a été déposé sur l'adaptable.

Cocher "**SOL**" si le linge souillé a été déposé au sol.

5.8 - Bionettoyage de la housse du matelas

OUI, si bionettoyage de la housse du matelas réalisé.

NON, si pas de bionettoyage.

Si OUI, renseigner la question suivante.

5.9 - Avec quel produit la housse du matelas a-t-elle été bionettoyée ?

Cocher "**dd**" si l'agent a utilisé une lingette pré-imprégnée de détergent désinfectant.

Cocher "**dds**" si l'agent a utilisé une lingette pré-imprégnée de détergent désinfectant sporicide.

Cocher "**AUTRE**" si l'agent a utilisé tout autre produit, et indiquer lequel.

5.10 - Bionettoyage de la surface où le linge sale a été déposé

OUI, si la surface où a été déposé le linge souillé a été bionettoyée.

NON, si la surface n'a pas été bionettoyée.

Si OUI, renseigner la question suivante.

5.11 - Avec quel produit la surface de dépose du linge souillé a-t-elle été bionettoyée ?

Cocher "**dd**" si l'agent a utilisé une lingette pré-imprégnée de détergent désinfectant.

Cocher "**dds**" si l'agent a utilisé une lingette pré-imprégnée de détergent désinfectant sporicide.

Cocher "**AUTRE**" si l'agent a utilisé tout autre produit, et indiquer lequel.

5.12 - Retrait du tablier à usage unique ?

OUI, si le tablier à usage unique a été retiré.

NON, si le tablier à usage unique n'a pas été retiré.

NO, si le professionnel ne portait pas de tablier à usage unique et que le retrait ne pouvait pas être observé.

Si OUI, renseigner la question suivante

5.13 - Où a été éliminé le tablier UU (à Usage Unique) ?

Cocher "**SAC DAS**" si le tablier a été éliminé dans un sac noir des Déchets Associés aux Soins.

Cocher "**SAC DASRI**" si le tablier a été éliminé dans un sac pour Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux.

Cocher "**SAC BLEU**" si le tablier a été éliminé dans un sac pour les déchets recyclables.

Cocher "**AUTRE**" si le tablier a été éliminé dans un autre sac, et préciser lequel.

Annexe 12 : Guide de l'enquêteur pour la grille d'évaluation de la gestion des excreta par observation

Si mise en place de précautions complémentaires justifiant le port d'une surblouse :

5.14 - Retrait de la surblouse ?

OUI, si le professionnel retire sa surblouse au moment de terminer son soin.

NON, si le professionnel ne quitte pas la surblouse au moment de terminer son soin.

Si OUI, renseigner la question suivante

5.15 - Où a été éliminé la surblouse ?

Cocher "**SAC DAS**" si la surblouse a été éliminée dans un sac noir des Déchets Associés aux Soins.

Cocher "**SAC DASRI**" si la surblouse a été éliminée dans un sac pour Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux.

Cocher "**SAC BLEU**" si la surblouse a été éliminée dans un sac pour les déchets recyclables.

Cocher "**AUTRE**" si la surblouse a été éliminée dans un autre sac, et préciser lequel.

5.16 - Retrait des gants à usage unique ?

OUI, si les gants à usage unique ont été retirés.

NON, si les gants à usage unique n'ont pas été retirés.

NO, si le professionnel ne portait pas de gants à usage unique et que le retrait ne pouvait pas être observé.

Si OUI, renseigner la question suivante.

5.17 - Où ont été éliminés les gants UU (à Usage Unique) ?

Cocher "**SAC DAS**" si les gants ont été éliminés dans un sac noir des Déchets Associés aux Soins.

Cocher "**SAC DASRI**" si les gants ont été éliminés dans un sac pour Déchets d'Activité de Soins à Risque Infectieux.

Cocher "**SAC BLEU**" si les gants ont été éliminés dans un sac pour les déchets recyclables.

Cocher "**AUTRE**" si les gants ont été éliminés dans un autre sac, et préciser lequel.

5.18 - Hygiène des mains

OUI, si hygiène des mains réalisée

NON, si absence d'hygiène des mains.

NO, si l'hygiène des mains n'a pas pu être observée.

Si OUI, renseigner la question suivante.

5.19 - Quelle hygiène des mains a été réalisée ?

Cocher "**SHA**" si friction des mains avec solution hydroalcoolique

Cocher "**LAVAGE SIMPLE**" si lavage des mains à l'eau et au savon

NO pour Non Observé, si l'hygiène des mains au SHA et/ou au savon n'a pas été observée.

Dans le cas où un professionnel emploie les deux techniques, cocher les deux techniques d'hygiène des mains.

UNIVERSITÉ Jean MONNET – Saint-Etienne

CPias ARA

Octobre 2025

ZELINDRE Sylvie

TITRE DU MÉMOIRE

Evaluer les pratiques professionnelles lors de la gestion des excréta : intérêt pour améliorer les pratiques

RÉSUMÉ

Au Centre Hospitalier Public d'Hauteville (CHPH), les paramédicaux (faisant fonction d'aides-soignants, aides-soignants et infirmiers) sont habilités à la gestion des excréta dans les huit unités équipées d'un lave-bassin. La récurrence de patients porteurs de bactéries hautement résistantes émergentes (BHRE), de bactéries multirésistantes (BMR) ainsi qu'une épidémie de gastroentérite aiguë (GEA) en secteur médico-social fait s'interroger sur les pratiques professionnelles.

Pour limiter la diffusion de micro-organismes fécaux pathogènes, les sociétés savantes ont établi des recommandations, notamment les précautions standard. Dans un souci d'amélioration continue, il convient de former le personnel régulièrement à ces attendus, de mesurer leurs connaissances et leurs pratiques professionnelles. Un audit Eva-GEx conduit en 2023 et 2024 a permis de mesurer les connaissances et les difficultés des professionnels dans leurs pratiques concernant la gestion des excréta.

Un audit de ressources a été établi afin de vérifier si les soignants disposent des équipements nécessaires pour appliquer les protocoles de l'établissement. Un audit d'observation, ayant pour auditeurs des étudiants en soins infirmiers, a permis d'évaluer les pratiques des professionnels en corrélation avec les protocoles.

Les résultats de ces audits ont mis en exergue des points positifs (bionettoyage et maintenance des lave-bassins) mais aussi des manquements en matériels (conformité des contenants : manque de couvercles, contenants non renouvelés...) et dans l'application des protocoles (port du tablier, hygiène des mains insuffisante...).

Des axes d'amélioration ont été identifiés permettant de pallier ces écarts : bénéficier du matériel nécessaire, accompagner les professionnels dans leurs pratiques en réactualisant leurs connaissances par le jeu et l'esprit d'équipe afin d'être en mesure d'identifier les standards attendus.

MOTS CLEFS

En français : excréta, lave-bassin, gestion des excréta, pratiques professionnelles.

En anglais : excréta, basin washer, excréta management, professional practices.