

Rédaction	Contribution à la rédaction
V Bussy-Malgrange	M Blassiau, JC Réveil

Liste des présents jointe.

I TRI DES DECHETS DES PATIENTS EN PRECAUTIONS COMPLEMENTAIRES

1. Réglementation en vigueur pour les établissements de santé

- décret n°2002-540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets
- circulaire DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT-CT2 n°2005/34

2. En pratique en établissement sanitaire :

- les déchets de tous patients en isolement septique (patients en « précautions complémentaires ») doivent suivre la filière DASRI

a) exemple d'un patient en USLD porteur de SAMR dépisté uniquement au niveau nasal et nécessitant des changes complets :

L'USLD étant un service d'un établissement sanitaire, la réglementation ci-dessus s'applique et si le patient est en « précautions complémentaires contact » il est réglementaire d'éliminer les changes complets dans les DASRI.

Discussion

- toutefois, sous réserve de l'argumentation suivante : selon l'annexe 1 du décret n°2002-540 du 18 avril 2002 relatif à la classification des déchets, la propriété H 9 qui rend le déchet dangereux pour le risque « infectieux » est la suivante : il s'agit d'une matière contenant des micro-organismes viables ou leurs toxines, dont on sait qu'on a de bonnes raisons de croire qu'il cause la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants ».

Dans l'exemple étudié, le SAMR isolé d'un dépistage nasal ne répond pas à cette définition (généralement non présent, en quantité décelable dans les selles). De ce fait, le change complet souillé d'urine ou de selles peut être éliminé dans les DAOM.

Remarque :

- toute selle diarrhéique, quelle que soit son origine, fera considérer le change complet comme un déchet à risque infectieux qui sera éliminé dans les DASRI.
- le rapport bénéfice-risque est en faveur dans l'exemple étudié d'une élimination dans les DAOM (moindre coût, pour absence de risque au niveau de l'écologie microbienne environnementale ou humaine ou animale), mais la mise en place d'une telle disposition nécessite que les équipes fasse correctement en temps réel la distinction entre les déchets à éliminer dans les DASRI et ceux à éliminer dans les DAOM pour un patient en « précautions complémentaires contact » ; ce qui peut dans certains cas être une difficulté de mise en œuvre.

3. En pratique en Ehpad et MAS :

Le CClin-Est a validé et intégré p18 du guide pratique « prise en charge d'une épidémie à ERG » un document proposé par le Resclin-Champagne-Ardenne en mai 2008, concernant la gestion des déchets d'activités de soins et/ou contenant des excréta en Ehpad ou MAS (Maison d'Accueil Spécialisée). Il y est indiqué en clair les préconisations présentées ci-dessus.

Recommandations

- L'élimination des déchets coûte très cher. Ainsi, le minimum de matériel sera introduit dans la chambre du patient ou le minimum de matériel sera placé sur l'unité mobile placée à l'extérieur de la chambre.

- Les éventuelles divergences entre réglementation et pratique nécessitent une argumentation auprès des professionnels et des tutelles. Avant de mettre en place une pratique divergente, il est important d'étudier la situation en détail et d'en discuter avec l'ensemble des professionnels concernés.

Le soutien du Resclin et la partenariat des ingénieurs des Ddass et de la DRDass peut-être sollicité (ex : durée de conservation des boîtes à objet coupants tranchants)

b) Exemple d'un patient présentant une bactériurie symptomatique ou non à *Pseudomonas aeruginosa* toto résistant dans l'urine, nécessitant le bassin ou patient sondé, nécessitant le recueil de l'urine :

- si le service dispose d'un lave bassin : l'élimination se fait dans le lave bassin, en transportant le bassin ou le bocal de recueil avec son couvercle, dans le respect des « précautions standard » (hygiène des mains, port de gants)
- en l'absence de lave bassin :
 - Elimination des excréta :
 - Présence d'un WC dans la chambre : relever la lunette du WC, vider le bassin ou le bocal dans le WC, tirer la chasse, nettoyer immédiatement le haut de la cuvette avec le détergent-désinfectant du service, rabattre la lunette du WC et la nettoyer également avec le détergent-désinfectant. S'il y a eu des projections, nettoyer également avec le détergent-désinfectant
 - en l'absence de WC dans la chambre : utiliser le vidoir ou encore un WC du service et procéder comme ci-dessus.
 - Nettoyage désinfection du bocal ou du bassin par immersion immédiate dans le produit adapté selon le protocole en cours

Discussion

- il est inutile de jeter de l'eau de javel dans la cuvette des WC ; de plus, cela pourrait être très ennuyeux, notamment en Ehpad, dans les campagnes ou il n'y pas de tout à l'égout mais des fosses septiques.
- ces procédures doivent être bien connues des ASH qui doivent donc être intégrées dans la rédaction des protocoles et pour la partie qui les concerne dans les transmissions
- problème du domicile : dans ce cas on élimine les excréta dans le WC de la famille et on préconise l'entretien du WC comme indiqué ci-dessus en utilisant de l'eau de javel uniquement pour le haut de la cuvette du WC et la lunette immédiatement après élimination des excréta (pas d'eau de javel dans la cuvette).

II TRAITEMENT DU LINGE DIT CONTAMINE

Pré-requis : *tout linge sale est contaminé*

1. Utilisation de sacs hydrosolubles :

- patient atteint de gale, patient en « précautions complémentaires », patient présentant une diarrhée non identifiée,...
- dans l'idéal : utiliser des sacs hydro solubles dès la production du linge sale dit contaminé.

Discussion :

- Introduire le moins possible de sacs hydrosolubles dans la chambre car lors de la levée des « précautions complémentaires », l'ensemble des dispositifs entreposés dans la chambre devra être éliminé (sacs probablement contaminés et coût élevé).
- Le sac hydrosoluble est placé en double emballage à la sortie pour être transporté jusqu'à la blanchisserie.
- Choix d'utilisation de sacs hydrosolubles :
 - si le linge n'entre pas dans des conditions de contamination à risque : pas de sac hydrosoluble
 - patient porteur d'une bactérie à risque de transmission par contact (BMR, gale, *Clostridium difficile*, ...) : utilisation de sacs hydrosolubles avec si nécessaire identification spécifique
 - cas particulier de la gale, le linge est traité sur place dans un sac hydrosoluble par poudrage d'acaricide et est gardé 48h avant d'être envoyé en blanchisserie)
- il peut être recommandé d'utiliser des sacs de couleurs différentes permettant d'identifier un haut risque de contamination (gale par exemple)
- le sac hydrosoluble permet d'éviter la contamination des personnels de la blanchisserie
- portage simple BMR : sac hydrosoluble non obligatoire; sac plastique placé dans sac de transport identifié contenant du linge « contaminé »
- Si déchets liquides (diarrhées, urine) la fermeture des sacs se solubilise avant d'arriver en blanchisserie. Dans ce cas il faut mettre dans un sac plastique identifié comme linge à risque.

Un atelier-action « gestion du linge » pourra être proposé par la coordination du Resclin

2. Utilité d'une lessive désinfectante ou non :

- il n'existe pas de recommandation formelle ni de liste positive concernant les lessives « dites désinfectantes ».

- on estime que le brassage dans l'eau chauffée suivi du drainage fait suffisamment diminuer la concentration en micro-organismes pour que les professionnels ne prennent pas de risque.

Il n'y aurait donc pas de nécessité d'utiliser une lessive « dite désinfectante ».

Discussion :

- En dehors des précautions complémentaires, **le linge souillé de sang ou de souillures purulentes** suit le circuit « standard » ; toutefois, tout linge pouvant présenter un impact psychologique peut être considéré et traité comme du linge à risque.

- Il est sûrement **intéressant pour les équipes d'hygiène de participer à l'achat de lessive mais également à la mise en place du RABC en blanchisserie.**

- **Linge des patients en isolement gouttelettes et air** : le linge ne devient à risque que lorsque les gouttelettes, et donc microorganismes, sont déposés et peuvent être transmissibles par contact (grippe, ...) ; dans ce cas le respect des « précautions complémentaires contact » est de rigueur.

3. Contrôle microbiologique du linge :

Le critère 6d du manuel d'accréditation V2010 demande en E2 si des contrôles bactériologiques sont effectués.

Cette question présentée sans explication peut engendrer dans les établissements des contrôles anarchiques comme par exemple celui du linge stocké dans les services. V. Bussy membre du groupe leadership management pour la V2010 a fait émerger cette question. Il lui a été demandé un argumentaire repris ci-dessous :

La norme NF EN 14065, basée sur la mise en place en blanchisserie industrielle d'un système HACCP (Hazard Analysis Control Critical Points), encore appelée méthode RABC pour le linge : "Textiles - Textiles traités en blanchisserie - Système de maîtrise de la bio contamination" permet d'identifier les risques de contamination microbienne et d'établir un programme de surveillance permettant de s'assurer que les points critiques sont bien maîtrisés. A cette norme sont associés le référentiel des Bonnes Pratiques BP G07-223 et le Guide d'application GA G07-224 .

Si le blanchisseur respecte de manière permanente le système d'assurance qualité qu'il aura mis au point et dont il aura contrôlé la validité, il n'aura pas besoin d'effectuer des contrôles micro biologiques systématiques sur les produits livrés.

Donc, *"L'établissement doit s'assurer que l'assurance qualité en vue de l'analyse et de la maîtrise des risques est assurée sur l'ensemble des étapes du circuit du linge, en interne comme en externe. La norme NF EN 14065 et la méthode RABC sont les méthodes de référence. Le cas échéant, des contrôles bactériologiques sur le lieu de stockage peuvent être effectués essentiellement à visée pédagogique. Les contrôles visuels sont effectués à toutes les étapes"*

III ELIMINATION DES COUCHES (DOUBLE EMBALLAGE TRI DES DECHETS)

La réponse à cette question a été préalablement faite dans le point I et on propose de se reporter page 18 du document ERG du Cclin Est où il est clairement indiqué que : « dès la production du déchet à éliminer il doit être introduit dans un sac plastique d'une taille adaptée à la taille du déchet. Ce premier sac doit être fermé immédiatement et introduit immédiatement dans un sac à DASRI ou à DAOM. En cas de change contenant des selles, il faut procéder immédiatement à la fermeture du deuxième sac et l'éliminer dès que possible » (problème d'odeur).

IV DESINFECTION DE LA CHAMBRE AU DEPART D'UN PATIENT COLONISE A BMR OU INFECTE

1. Simple ou double nettoyage désinfection ?

- a) *Dans la plupart des cas, le simple nettoyage-désinfection des sols et des murs après la sortie d'un patient en « précautions complémentaires contact », suffit ; les détergents-désinfectants de la liste positive sont efficaces dans les conditions de nettoyage-désinfection requis. A la sortie du patient, on insistera tout particulièrement et comme cela doit être fait chaque jour sur les zones manuportées dans l'environnement du patient et sur toutes les zones où il a pu poser ses mains. En fonction des signes cliniques et du risque de contamination des murs (liquides biologiques, ...), les murs pourront être traités par nettoyage-désinfection à hauteur de bras.*
- b) *Situations où le double nettoyage-désinfection est recommandé :*
- o *En cas de germe connu pour sa résistance dans l'environnement et de son potentiel de diffusion (ERG, Clostridium difficile)*
 - o *Zones pouvant avoir reçu des projections de liquides biologiques*

Discussion :

- Si l'**alternance** une fois par semaine de détergent peut être proposée pour les sols en raison du risque d'encrassement, les « surfaces hautes » au contact des mains doivent être traitées par un désinfectant tous les jours.

Pour les sols, en dehors de situations particulières (diarrhée à *C. difficile*) on peut aussi proposer : détergent tous les jours et dD lors du nettoyage de sortie

- Qui réalise le nettoyage – désinfection ? :

En fonction des organisations il s'agit de l'ASH ou de l'aide-soignante ou d'un agent d'une entreprise extérieure. Toutefois, le bionettoyage de l'environnement du patient fait partie du soin. Une infirmière ne peut pas quitter le lit du patient sans avoir fait le bionettoyage de l'environnement immédiat qui a pu être contaminé lors du soin.

Ainsi, la rédaction des protocoles de bionettoyage de l'environnement est multi professionnelle.

-Quid des nettoyeurs vapeurs ?

On peut se référer à l'avis sur un procédé de nettoyage et désinfection à la vapeur donné par la SFHH concernant le matériel développé par la société SANIVAP (novembre 2004), dont la synthèse est ainsi rédigée :

- Considérant qu'il n'est pas possible d'appliquer strictement la méthodologie de la norme AFNOR NFT 72-281 qui s'applique à l'utilisation d'un procédé de désinfection utilisant un principe actif chimique et non thermique,

- Considérant qu'il existe une incertitude sur l'éventuelle dispersion des micro-organismes en dehors de la zone de test par la vapeur sous pression, notamment pour les stores,

- Considérant l'analyse des études proposées portant sur l'efficacité bactériologique de la méthode vapeur pour le bio nettoyage des surfaces, *le groupe de travail conclut à l'activité bactéricide et lévuricide (activité sur Candida albicans) de la méthode vapeur qui répond en terme d'activité détergente et désinfectante aux exigences requises pour la désinfection des sols et des surfaces (bio-nettoyage).*

V - MESURE D'HYGIENE EN HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

1. Cas général du matériel déposé chez le patient

- le matériel de l'établissement HAD reste chez le patient.

- les prestataires de matériels médicaux livrent les matériels (seringues électriques, kits de perfusions, ...)

- le nettoyage-désinfection de ces matériels doit être optimisé. L'utilisation d'une lingette et d'un nettoyant surface haute est préconisée.

- lors du retour au siège de l'établissement, le matériel est nettoyé avec un détergent-désinfectant. Exemple de tours à plusieurs tiroirs qui restent chez les patients : ils sont complètement vidés puis nettoyés avec un détergent-désinfectant

2. Cas du patient à risque

- le risque de transmission croisée par les soignants existe. Pour cela le soignant optimisera l'hygiène des mains avec l'utilisation de SHA
- la surblouse ou le tablier est utilisé selon les mêmes recommandations que pour le patient en hospitalisation complète ; pour la toilette d'un patient non connu infecté ou porteur de BMR on utilisera le tablier au minimum
- déchets au domicile des patients : l'élimination des déchets pose un véritable problème en raison du coût important demandé par les prestataires de ramassage à domicile. La réglementation concernant le transport des déchets est extrêmement rigoureuse et doit être suivie. L'objectif de la réglementation étant de protéger les patients d'une part et l'environnement d'autre part.

3. Transport et élimination des DASRI

Réglementation documentation :

- Institut National de Recherche et de Sécurité, Déchets infectieux, Elimination des DASRI et assimilés juin 2004
- Arrêté du 1^{er} juin 2001 relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit « arrêté ADR »)
- CIRCULAIRE DHOS/E4/DGS/SD7B/DRT-CT2 n°2005/34
- arrêté du 24 novembre 2003 relatif aux emballages des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés et des pièces anatomiques d'origine humaine
- circulaire 2005/34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activités de soins à risques et assimilés.
- Arrêté du 5 décembre 2002 modifiant l'arrêté du 1^{er} juin 2001 modifié relatif au transport des marchandises dangereuses par route (dit « arrêté ADR »)
- Elimination des déchets d'activité de soins en secteur diffus. 2002, Drass Champagne-Ardenne et Ddass Marne, accessible en ligne à l'adresse ci-dessous
http://www.champagne-ardenne.sante.gouv.fr/ddass/fr/drass/sante/page/pol_reg/pdf/elimination_dechets.pdf.

Discussion :

L'arrêté du 5 décembre 2002 stipule chapitre IV disposition spéciale, article 12 1 :
« les transports de déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés du n°ONU 3291, effectué par un producteur dans son véhicule personnel ou dans un véhicule de service, dans la mesure où la masse transportée demeure égale ou inférieure à 15 Kg, ne sont pas soumis aux dispositions du présent arrêté ».

Ainsi, les infirmières ou les professionnels de l'HAD peuvent transporter les DASRI dans leur véhicule sous réserve que le contenant répond à la circulaire du 11 janvier 2005 qui indique notamment les dispositions relatives aux boîtes collecteur pour déchets perforants (qui doivent répondre à la norme NFX30-500).

Toutefois la proposition émise lors de la discussion d'utiliser un conteneur fermé étanche parfaitement nettoyable et désinfectable pour entreposer les conteneurs dans le véhicule des personnels de l'HAD est pertinente.

Remarque

Le document du Ministère de la Santé et de la Solidarité de 1999 sur l'élimination des déchets d'activités de soins à risques garde tout son intérêt mais doit être actualisé par les arrêtés et circulaires en vigueur. Notamment concernant la page 11 et le transport des DASRI.

4. Durée de temps de conservation des déchets à partir de leur production dans les établissements.

On peut se référer au document de la DRDass de Champagne-Ardenne de 2006 qui indique : «il est important d'adapter la contenance aux flux des déchets de façon régulière. La durée de mise en service de l'emballage : tolérance de 7 jours pour les boîtes à aiguilles, 2 jours pour les sacs jaunes ». L'ingénieur sanitaire de la DRDass adressera prochainement ce document à V Bussy.

Cas particuliers

- Les patients qui se font des auto-injections à domicile et qui éliminent leurs seringues ou aiguilles dans les conteneurs ont parfois des difficultés pour éliminer ces boîtes à

DASRI. Les circuits DASRI sont payants. Certaines pharmacies les reprennent mais cette solution est inhomogène car les pharmacies payent également pour l'élimination. Dans certaines villes les mairies collectent spécifiquement les DASRI avec un lieu de dépôt spécifique mais il s'agit essentiellement des mairies des grandes villes.

- médecins et infirmières libéraux peuvent avoir un contrat avec une entreprise ou un établissement de santé qui peut leur fournir un certificat montrant qu'ils ont éliminé leurs déchets dans les règles.

VI. ENTRETIEN DES POINTS DE PUISAGE DU RESEAU D'EAU SANITAIRE

1. Préconisations adoptées en discussion :

- Détartrage régulier des brise-jets ou des pommeaux de douche par trempage dans le vinaigre blanc, avec traçabilité :

- o Le rythme de détartrage à adapter avec l'activité
- o Si le détartrage est régulier (au moins 1 fois tous les 15 jours) :
 - les brise-jets, les pommeaux de douche et autres matériels en arrivée du point de puisage seront facilement retirés à la main par toute personne, notamment par les personnes en charge du ménage des chambres :
 - un récipient contenant du vinaigre blanc est déposé sur le chariot de ménage
 - le brise-jet et le pommeau de douche sont dévissés à la main et déposés pour immersion totale dans le vinaigre
 - à la fin du ménage de la chambre, ils sont sortis du vinaigre blanc, rincés quelques secondes, revissés et à nouveau rincés quelques secondes par ouverture du robinet d'eau froide
 - il n'est pas nécessaire de demander l'intervention des services techniques (utilisation de pinces ou autre système) pour les ôter, créant des complications dans les chambres des patients et surchargeant inutilement les services techniques

- Purge des points d'eau non utilisés tous les deux jours avec traçabilité.

- Commentaires :

Avoir en permanence à l'esprit le respect de différents critères dans le choix d'une technique ou d'un matériel :

- la sécurité du patient
- la sécurité de l'environnement
- le meilleur rapport qualité prix
- choisir des techniques peu chronophages en évitant de multiplier les interventions par des catégories professionnelles différentes
- Eviter le matériel sophistiqué. Exemple des brise-jets et des pommeaux de douche : du matériel simple s'entartre plus difficilement, donc sera détartré efficacement rapidement dans le cadre d'un protocole simple et peu chronophage.

2. Cas des cellules photoélectriques (CPE) : pourquoi ne pas les recommander ?

Dans les établissements les ingénieurs et même certains médecins ou chirurgiens souhaiteraient des robinets à commande par cellule photoélectrique. Or ce dispositif n'est pas recommandé en raison de la contamination extrêmement fréquente et rapide des électrovannes par *Pseudomonas aeruginosa*, germe aérobic, aéré dans le biofilm sur la membrane de l'électrovanne.

Références :

- Risque infectieux lié à l'utilisation de robinets à CPE, J. Merrer, E. Girou, D. Ducellier *et al.* Présentation CCLin-Paris Nord, 13-12-2004
- Should electronic faucets be used in intensive care and hematology unit. Merrer J, Girou E, Ducellier D *et al.* Intensive Care Med, 2005; 31; 1715-8
- Bacterial contamination associated with electronic faucets : a new risk for healthcare facilities. Hargreaves J, Shirley L, Hansen S *et al.* Infect Control Hosp Epidemiol, 2001; 22; 202-5
- Non-touch fittings in hospital : a possible source of *P. aeruginosa* and *legionella spp.* Halabi IF, Gastmeier P. Infect Control Hosp Epidemiol, 2004; 25: 997-1000
- Anonyme. L'eau dans les établissements de santé. Ministère de la santé et des solidarités 2005, p69 chapitre « équipement spécifique ; robinetterie ».

Pièce jointe : Diaporama J. Merrer, E. Girou, D. Ducellier, Risque infectieux lié à l'utilisation de robinets à cellule photoélectrique

Risque infectieux lié à l'utilisation de robinets à cellule photoélectrique (RCPE)

J. Merrer¹, E. Girou², D. Ducellier², N. Clavreuil¹, F. Cizeau².

¹Unité d'Hygiène et de Lutte contre l'Infection Nosocomiale
CHI Poissy/St Germain-en-Laye
²Unité d'Hygiène et Prévention de l'Infection
CHU Henri Mondor

Position du problème

- Les RCPE sont un progrès car:
 - Économisent l'eau
 - Préviennent la recontamination des mains et donc la transmission croisée.
- Pas d'étude pour étayer cette dernière hypothèse
- Caractéristiques techniques peuvent favoriser leur colonisation.

Objectif

Comparer la contamination bactérienne de l'eau provenant des RCPE et des robinets manuels (RM) dans des services à haut risque infectieux.

Matériel et méthode (1)

- 2 centres hospitaliers (H. Mondor et Poissy)
- Services à haut risque infectieux
 - Hématologie
 - Réanimations adultes
 - Réanimation néonatale
- Période d'étude: 2003 - 2004

Matériel et méthode (2)

- Echantillons d'eau recueillis après:
 - Ablation du mousseur
 - Désinfection à l'alcool de extrémité
- Potabilité de l'eau (normes AFNOR)
- Type et modèle de robinet notés

Résultats (1)

	Tous secteurs « haut risque »		Hématologie		Réanimations	
	échantillons	contaminés n (%)	échantillons	contaminés n (%)	échantillons	contaminés n (%)
global	227	38 (16.7%)	143	19 (13.3%)	84	19 (23%)
RCPE	92	36 (39%)	56	17 (30%)	36	19 (53%)
RM	135	2 (1.5%)	87	2 (2.3%)	48	0
P	-	<0.0001	-	<0.0001	-	<0.0001

Résultats (2)

- Dans tous les cas la bactérie contaminante était *Pseudomonas aeruginosa*
- Sérotypes différents
- De 8 à > 100 col/ml
- Pas de modèle particulier incriminé
- Les désinfections des RCPE sont habituellement des échecs
- Tous les résultats sont conformes après remplacement des RCPE par RM

Revue littérature

Etude	localisation	Nombre RCPE / RM	% contaminés	<i>P.aeruginosa</i>
Halabi 2001	Hôpital	10 / 0	80% / -	100% (<i>P. aeruginosa</i> spp)
Hargreaves 2001	REA	59 / 110	22% / 11%	-
Assadian 2002	Hôpital	18 / 18	0 / 1	0% / 8%
Leprat 2003	Hématologie	3 / ?	3 / 0	100%
Chaberry 2004	Hôpital (cuisine)	27 / ?	73% / 0	8%
Présenne	Secours à haut risque	92 / 135	39% / 1.5%	100%

Hypothèses expliquant une colonisation plus fréquente

- T° de l'eau « idéale », entre 25 et 35°
- Purge régulière et prolongée impossible
- Mécanique interne (électrovanne) plus complexe favorisant biofilm

Les robinets, soit...mais les malades?

342 INFECTION CONTROL AND HOSPITAL EPIDEMIOLOGY April 2004

Readers' Forum

Contribution of Tap Water and Environmental Surfaces to Nosocomial Transmission of Antibiotic-Resistant *Pseudomonas aeruginosa*

Lemmon F, Muscarella, PhD

Epidémies donc...

- 11 épidémies de *P. aeruginosa* rapportées à la contamination des éviers et/ou des robinets
- Unités de réanimation, d'onco-hématologie et unités d'endoscopie

Muscarella ICHE 2004

Endémie...aussi (1)

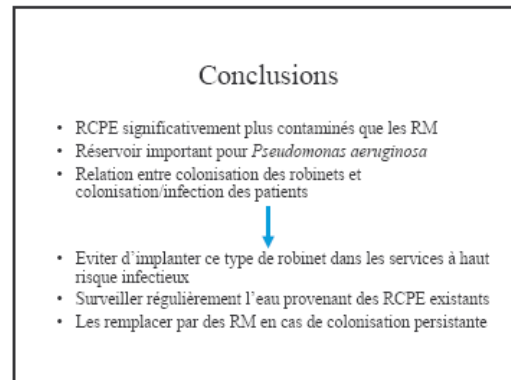
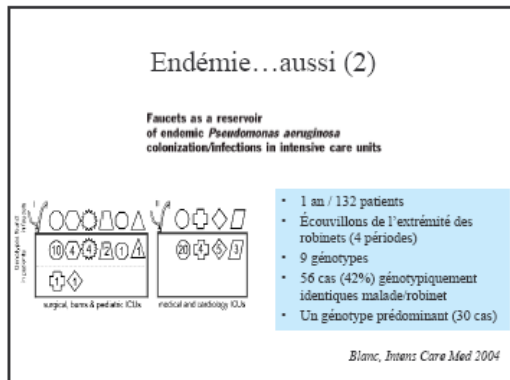
TABLE 1
ISOLATED *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* AND Tap Water ISOLATES

Patient No.	Presence of Patient During Weeks No.	Location of Patient (suite)	Genotype (suite)	Found in Water of Patient Room
1	02	3	A*F	A*
2	01	1	L,D	A
3	04	433	E*	E*,A
4	15	4	F	A
5	03	1	F	A
6	14	1	G	A
7	09	4	H	A,B
8	05	192	G,L	A,D
9	16	4	OE	A
10	16	4	N	A
11	20	4	O	A
12	01	2	E*	A,I
13	05	2	K,F,G,R	A,I
14	26	184	A*	A*
15	26	1	A*,A	A*
16	17	281	T	A
17	23	3	U	A

Tap Water Colonization With *Pseudomonas aeruginosa* in a Surgical Intensive Care Unit (ICU) and Relation to *Pseudomonas* Infections of ICU Patients

Trautmann ICHE 2001

* Genotypes based on pulsed-field gel electrophoresis



VII. HYGIENE PREOPERATOIRE :

1. Recommandations de la conférence de consensus SFHH 2004 :

Douche préopératoire

- il est fortement recommandé de pratiquer au moins une douche préopératoire avec une solution moussante antiseptique
- il est recommandé d'enlever bijoux, alliances, piercings, vernis, ..., avant toutes interventions quand ils présentent un risque pour l'intervention.

Tenue du patient après la douche en ambulatoire :

- il peut être prescrit au patient de revêtir des habits propres après sa douche la veille et après sa douche le matin.

2. Discussion :

- **Vérifications par les soignants** lors de l'arrivée du patient dans le service de chirurgie ambulatoire :
 - lui demander s'il a effectivement pris une ou deux douche(s), avec quel savon
 - vérification des points critiques (nombril, pieds, aisselles, ...) pour évaluer s'il s'est probablement douché ou non.
- **En fonction du type d'intervention chirurgicale**, le protocole élaboré avec les chirurgiens pourra préciser le nombre de douches préopératoires (chirurgie prothétique ou chirurgie majeure).
- **intérêt du lavage des cheveux pour la chirurgie d'un ongle incarné** : les recommandations indiquent cheveux compris mais il n'est pas indiqué d'obligation de lavage des cheveux avec un antiseptique, ce qui présente tout de même un avantage pour les dames sortant de chez le coiffeur.
- **délai acceptable entre la douche et l'intervention** : un tel délai n'est pas indiqué dans les recommandations. La discussion permet de conclure que si le délai dépasse 3 heures une nouvelle douche pourra être proposée au patient.
- **dépilation en gynécologie** : les recommandations pour la pratique clinique du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) accessible en ligne sur le site http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_14.HTM_tech donne la recommandation suivante pour les méthodes préparatoires des techniques d'épisiotomie : « il est recommandé de prendre des précautions d'asepsie et d'utiliser un matériel stérile conditionné spécifiquement afin de limiter le risque d'infections du site opératoire. « L'ébarbage ou la tonte des poils du périnée n'est pas systématique, mais doit être préféré au rasage ».

- prescription de la douche préopératoire

En fonction de l'établissement, le prescripteur sera soit le chirurgien soit l'anesthésiste soit le médecin qui a préconisé l'intervention chirurgicale

Remarque : la bétadine Scrub est remboursée, l'hibiscrub ne l'est pas.

Attention, la chlorhexidine qui est remboursée n'est concentrée en principe actif qu'à 1,45 % alors que l'hibiscrub est concentré à 4 % donc plus efficace. Ceci est très important car si le pharmacien ne connaît pas cette différence, peut parfois faire l'échange par erreur. Il est donc nécessaire de bien préciser la concentration sur l'ordonnance.

- Antiseptie préopératoire immédiate en quatre temps : détersion, rinçage, séchage, premier badigeon (antiseptique alcoolique si possible) par l'aide ou l'infirmière et deuxième badigeon par opérateur.

Certains proposent que soit réalisé des EPU concernant toutes ces notions aux médecins concernés.

VIII. QUID DES DISPOSITIFS IMPREGNES D'ANTISEPTIQUE ? :

1. gels d'échographie antiseptiques :

- le sujet n'est pas bien connu

- on peut utiliser un gel d'échographie non antiseptique et désinfecter la sonde avec une lingette désinfectante de la liste positive de la SFHH en faisant attention d'utiliser un produit qui ne détériore pas la membrane de la sonde. Toutefois il a été démontré que l'efficacité des lingettes imprégnées d'antiseptiques n'était pas supérieure à l'utilisation de lingettes sèches lors de sondages endocavitaires avec une sonde protégée par une gaine de protection (Kac et al. J Hosp Infect, 2007, 65 ;163-8), cité lors du congrès de la SFHH 2008.

Un texte de recommandation sur l'entretien des sondes d'échographie serait en court de rédaction

2. Fils pour intervention chirurgicale imprégnés d'antiseptique :

L'assemblée ne peut pas apporter de réponses quant à leur intérêt ni quant à leur éventuelle dangerosité.

VIII. COMMENT DESINFECTER UN CLAVIER D'ORDINATEUR

Précisions concernant la question posée par une personne absente ce matin : le vendeur d'ordinateur a conseillé de nettoyer à l'eau et au savon.

Préconisation :

Le bionettoyage peut être réalisé à l'aide d'une chiffonnette imprégnée de détergent-désinfectant ; un film plastique peut recouvrir le clavier ; il sera changé au moins une fois par 24 heures pour limiter la contamination.

On rappelle toutefois que l'intervention sur le clavier doit se faire après avoir retiré ses gants et après avoir désinfecté ses mains, après tous gestes de soins. Après avoir utilisé un clavier d'ordinateur ou tout autre clavier d'appareil médical, et avant de pratiquer des soins il est également nécessaire de pratiquer l'hygiène des mains.

Cette liste contient le nom des personnes ayant signé la feuille de présence, pour les autres, veuillez nous excuser.

PRESENTS

Nom - Prénom	Ville	Etablissement
ALEXANDRE M.F.	Villers Semeuse	Clinique Dr L'HOSTE
ANDRE-BEON Nelly	BAR SUR SEINE	HL
BAUMELOU Patricia	Reims	Groupe St André-Les bleuets
BEAUDIOT Laurence	Montier en DER	ICH
BEBENEK Nathalie	Romilly	GHAM
BEHR Patric	EPERNAY	GCS
BERSU Christine	Troyes	Cl. Ursulines/Montier la Cele
BOURGIN Karine	Saint Dizier	CH
BUREAU CHALOT Florence	Reims	CHU
BUREAU Sophie	Charleville Mézières	CH Béclair
CAUSERET Edith	Langres	CH
CHOISY Karine	Charleville Mézières	CH
CIOBANU Eugen	Saint Dizier	Clinique François 1er
DEVIE Isabelle	Reims	Institut Jean-Godinot
ELOY Clarence	Troyes	CH
FREMOND Corinne	St Dizier-Wassy- Joinville-Reims	CHHM - HL - HL - CHU
FROMENT Catherine	Rethel	GHSA
GERDEAUX Michèle	Reims	Groupe St André-Les bleuets
GEROMETTA Florence	Rethel/Vouziers	GHSA
GOURY Céline	Reims	Groupe Courlancy
GUMIERO Christelle	Charleville Mézières	Polyclinique du Parc
HONET Marie-Odile	Charleville Mézières	CRFE - UGECAM
JESUS Amélie	Reims	HAD - Crois rouge
LABREUR Agnès	Epernay	Clinique St Vincent
LAGODA Valérie	Charleville Mézières	CRFA - UGECAM
MACHUCA Sophie	Langres	CH
MAHMOUDI Emmanuelle	Châlons en Champagne	IFSI
MESTRUDE Chantal	Reims	Institut Jean-Godinot
MILBELD Nadine	Fismes	HL
ODU Nelly	Reims	CHU
PICHENOT Olivier	Charleville Mézières	CH
REGNAULT Corinne	Chaumont	CH
RICHARD Géraldine	Sainte Menehould	CH D'argonne
SAINT MARD M. Christine	Villers Semeuse	Clinique Dr L'HOSTE
SIMON Chantal	Epernay	Clinique St Vincent
TASSAN ZANIN Angéline	Troyes	HAD - Mutualité de l'Aube
TCHAMENI Gabrielle	Reims	Foyer Amitié
THIERIET Laurent	Sedan	CH
THOUVENIN Patricia	Romilly	CH
VALLET Catherine	Reims	CHU

ANTENNE REGIONALE

BUSSY MALGRANGE Véronique	REVEIL Jean-Claude
BLASSIAU Martine	JEBABLI Mounir
SIROT Jocelyne	

Excusés

CARLIER Monique	Châlons en Champagne	DRDass
DELESALLE Sophie	Charleville Mézières	CHU
FALQUE Armand	Châlons en Champagne	Polyclinique Priollet/courlancy
FREYBERGER Angélique	Reims	Antenne régionale
LLAGONE Bernard	Epernay	Cl. St Vincent
NAGARA Mohamed	Chaumont	CH
SUINAT Jean Louis	Reims	CHU