

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—

**Volume 2007
publié le 12.12.2007**



*TRENTE ET UNIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2007*

L'hygiène au cabinet de gynécologie

J.-P. BLANCHÈRE *
(Caen)

Première partie L'hygiène de la consultation

INTRODUCTION

Une infection est dite nosocomiale quand elle était absente avant l'hospitalisation [15].

Il a été montré récemment que la cause majeure de la transmission des bactéries était le manque d'hygiène et en particulier l'absence de lavage des mains.

L'emploi de plus en plus fréquent des antibiotiques entraîne l'apparition de résistance.

* 2 avenue du Canada – 14000 CAEN

Mais ces infections liées aux soins ne sont pas l'apanage des établissements de santé. Les praticiens exerçant en cabinet sont amenés à effectuer des gestes comportant des risques infectieux pour les patientes et pour eux-mêmes. La durée d'hospitalisation des patients se raccourcit. Ces derniers bénéficient d'un suivi en médecine de ville avant de revenir en milieu hospitalier. Le médecin de ville devient un vecteur fréquent de ces infections.

Le médecin a des obligations de respecter des règles d'hygiène au cours des soins prodigués.

Cette obligation est désormais inscrite dans la loi.

Le médecin a une obligation de tout mettre en œuvre pour ne pas nuire au patient. Il a des obligations de respecter des règles d'hygiène rappelées dans **un guide édité par la direction générale de la santé en janvier 2006, intitulé « Infections liées aux soins en dehors des établissements de santé »** [21].

L'intérêt de cet article est d'extraire de ce guide les éléments utiles pour la consultation de gynécologie.

Le cahier des charges de ce guide a été élaboré par un groupe de pilotage réunissant des représentants des différentes disciplines professionnelles, des institutionnels, des sociétés savantes. Un groupe d'experts a rédigé le guide à partir d'articles dont le niveau de preuves était de grade III ou IV selon la méthodologie décrite par l'ANAES. Enfin avant la publication, une enquête a été menée par la société IPSOS auprès de 822 professionnels de santé. Les résultats obtenus ont permis de s'assurer de l'adaptation du document à la cible.

Le non-respect de ces règles peut entraîner des sanctions disciplinaires infligées par l'ordre des médecins, des sanctions civiles ou pénales.

Les règles de bonnes pratiques contenues dans ce guide peuvent constituer en cas de contentieux un outil de référence.

L'article 32 du code de déontologie médicale du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 dit textuellement « dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins, dévoués et fondés sur les

données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à des tiers compétents ».

Les responsabilités disciplinaires et civiles ont été réaménagées par la loi dite « Kouchner » n° 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits du malade et à la qualité des soins.

La loi n° 2004-806 du 9 août 2004, relative à la politique de santé publique, affirme la responsabilité de l'état pour l'amélioration de la santé de la population. Les principes de la responsabilité civile des professionnels de santé figurent désormais dans les articles L1142-1 à L 1143-1 du code de la santé publique.

L'article L3114-6 du CSP prévoit que « les professionnels de santé ainsi que les directeurs de laboratoires d'analyse médicale exerçant en dehors des établissements de soins veillent à prévenir toutes infections liées à leurs activités de prévention, de diagnostic et de soins ».

QUELS SONT CES RISQUES INFECTIEUX AU CABINET ?

Ils sont devenus plus aigus depuis l'apparition des bactéries multirésistantes (BMR), des agents transmissibles non conventionnels (Prion), des accidents d'exposition au sang (AES).

Les bactéries multirésistantes (BMR)

Les bactéries sont dites multirésistantes (BMR) quand elles ne deviennent sensibles qu'à un nombre restreint d'antibiotiques.

La maîtrise de l'émergence et de la diffusion des BMR est une priorité de santé publique qui repose sur deux axes, éviter la transmission croisée d'un patient à un autre et diminuer la sélection exercée par les antibiotiques [30].

Les BMR, isolées en ville, proviennent du milieu hospitalier. Elles se retrouvent plus souvent dans la communauté car les durées d'hospitalisation se raccourcissent et l'hospitalisation à domicile se développe pour des pathologies lourdes avec séjours fréquents à l'hôpital.

En cas de nouvelle hospitalisation, le patient porteur d'une BMR sera identifié et signalé. Les professionnels de santé libéraux peuvent être un maillon de transmission des BRM. Ils doivent prendre

conscience qu'ils ont un rôle à jouer dans la maîtrise de la diffusion de ces BMR au sein de la collectivité.

Les principales BMR sont représentées par les SARM, EBLSE, ERV, ABR, PAZR et EBCASE.

Les SARM (*Staphylococcus aureus* résistant à la méticilline) sont portés par la peau, avec fort risque de diffusion en ville à partir de l'hôpital [18, 20].

Citons d'autres bactéries dont le site de portage est digestif et dont le risque de transmission croisée est par ordre décroissant, Entérobactéries productrices de Bétalactamases à spectre étendu (EBLSE), Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), *Acinetobacter baumannii* résistant à la ticarcilline (ABR), *Pseudomonas aeruginosa* multirésistant (PAR), Entérobactéries hyperproductrices de céphalosporinases (EBCASE).

Deux BMR hospitalières pourraient plus facilement diffuser à la communauté, SARM et EBLSE, bactéries à potentiel pathogène élevé qui peuvent être portées par les patients de manière prolongée [1].

La transmission des BMR se fait soit par contact direct entre deux personnes soit par l'intermédiaire d'un matériel contaminé (stéthoscope, brassard à tension, table d'examen...)

En cas de patient porteur connu de BMR, il faut un lavage hygiénique des mains avec savon antiseptique ou traitement hygiénique par friction avec un produit hydro-alcoolique, avant et après contact avec le patient. La désinfection du petit matériel (stéthoscope, brassard à tension) et de la table d'examen sera réalisée après passage de la patiente, à l'aide d'un support non tissé imprégné de détergent-désinfectant.

Il faut privilégier l'emploi d'instruments à usage unique et le port de gants non stériles dès le contact avec le patient ou son environnement proche, ainsi que le port d'une surblouse.

La patiente elle-même est informée de son portage et des conseils d'hygiène lui sont donnés. Les médecins qui prendront en charge le patient porteur sont informés par courrier.

Il est recommandé aux laboratoires d'analyse médicale de noter sur les comptes rendus, en cas d'isolement d'une BMR, un commentaire spécifique (par exemple : « appliquer les mesures d'hygiène appropriées »).

Les agents transmissibles non conventionnels (ATNC) ou (PRION)

Les encéphalopathies spongiformes subaiguës transmissibles (ESST) sont des maladies dégénératives du système nerveux central. Il n'existe pas de test de dépistage à ce jour.

L'émergence de la maladie de Creutzfeldt-Jacob liée à la transmission de l'ESB (encéphalite spongiforme bovine ou maladie de la vache folle) à l'homme par voie alimentaire justifie de renforcer les mesures de précaution. L'agent transmissible non conventionnel (ATNC) est le PRION [14, 38, 44, 24].

Dans ces cas, l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique doit être largement privilégiée.

Les accidents d'exposition au sang (AES)

Toute personne qui manipule le matériel souillé ou les déchets peut être victime d'un accident exposant au sang [10].

La prévention repose sur le respect de précautions standard comme l'interdiction de recapuchonner les aiguilles, la mise à disposition d'une boîte adaptée pour objets piquants et coupants [12, 13].

La vaccination contre l'hépatite B et son contrôle sont recommandés.

La conduite à tenir en cas d'AES doit être connue, le référent médical et les laboratoires d'analyse doivent être identifiés par tout professionnel exerçant en dehors des établissements de santé [9, 8].

LA TRANSMISSION SE FAIT PRATIQUEMENT TOUJOURS PAR LES MAINS OU LES DISPOSITIFS MÉDICAUX UTILISÉS

Des moyens simples pour y remédier [7]

Il faut considérer tout patient comme un porteur potentiel d'agent infectieux.

L'objectif sera de protéger les professionnels de santé et le patient.

L'hygiène des mains constitue une arme simple mais efficace pour la prévention de la transmission des agents infectieux [29].

Lavage et désinfection des mains se feront devant le patient (ce qui donne confiance et rassure sur la qualité des soins prodigués).

Pendant les soins, les ongles sont courts et propres, les manches sont courtes, les bijoux et le vernis à ongles sont proscrits.

Les mains sont lavées entre chaque patiente et essuyées à l'aide d'un papier jetable (pas avec une serviette à usage multiple, ni par séchage à l'air chaud) [17, 41].

La commande du robinet sera à pédale ou, si elle est manuelle, le dernier essuie-mains en papier servira pour fermer le robinet puis sera jeté dans la poubelle.

La technique de friction des mains avec un gel hydro-alcoolique est d'efficacité reconnue (recommandée par le CTIN, comité technique des infections nosocomiales dans son avis du 5 décembre 2001). Elle s'emploie sur des mains non souillées, sèches et non poudrées.

Aménagement d'un point d'eau au cabinet

La vasque est large (éviter les petits lave-mains).

Les savons sont présentés en flacon non rechargeable avec pompe distributrice (un savon doux liquide, un savon désinfectant ou un produit hydro-alcoolique).

Les essuie-mains sont à usage unique (en papier ou en non-tissé), présentés dans un distributeur ne nécessitant pas de manipulation. Les poubelles (à pédale ou sans couvercle) sont équipées de sacs jetables.

Il faut proscrire savon en pain, distributeur de savon rechargeable, serviette à usage multiple, essuie-mains en tissu à enrouleur, sèche-mains électrique à air pulsé.

Port de gants

Les gants non stériles à usage unique, si possible présentés dans une boîte distributrice sont utilisés lorsqu'il y a risque de contact avec du sang ou autre produit biologique, avec une peau lésée ou une muqueuse (par exemple pour le toucher vaginal), du matériel souillé ou quand le soignant présente des lésions cutanées des mains.

Les gants stériles à usage unique sont indispensables pour les gestes nécessitant une haute asepsie et la manipulation de matériels stériles (par exemple pour la pose d'un stérilet).

Les gants ne seront pas talqués.

Tenue vestimentaire

Blouse à manches courtes ou retroussées changée quotidienne-ment. Un lavage des mains doit être réalisé avant d'enfiler et après avoir retiré sa tenue professionnelle.

Le port d'une surblouse à usage unique est recommandé au cours de soins pouvant exposer les vêtements du soignant à des projections de sang ou de liquides biologiques ou au cours de soins de patients porteurs de BMR.

Le masque à usage unique sera porté en ville lors de gestes techniques à haut risque d'asepsie (endoscopie, actes de petite chirurgie, laser) ou pour se protéger de patients porteurs d'infection à risque de transmission aérienne ou par gouttelettes [39, 37].

Utilisation des antiseptiques sur peau ou muqueuse saine avant tout acte invasif

Certains produits sont considérés à tort comme des antiseptiques : c'est le cas de l'éther qui a une action dégraissante ou l'éosine utilisée pour son action asséchante.

Comme tout médicament, ces produits présentent des contre-indications (allergie, grossesse) et des indications (spectre d'activité, les délais d'action, les incompatibilités entre produits).

Il existe des règles générales de conservation des antiseptiques : éviter de placer les antiseptiques près d'une source de chaleur, reboucher le flacon après usage, noter la date d'ouverture du flacon et la date à laquelle il doit être jeté, choisir des conditionnements adaptés à l'usage et préférer des petits conditionnements voire des doses unitaires qui seront jetées immédiatement après l'emploi.

Les antiseptiques ne sont pas mélangés, pouvant entraîner une nécrose cutanée, ou employés successivement, sans rinçage entre deux.

Le matériel à usage unique, à performance égale, doit être préféré. Il ne doit pas être réutilisé [11].

La stérilisation des dispositifs médicaux réutilisés doit être obtenue par la chaleur humide à 134° pendant 18 minutes pour les dispositifs supportant ces conditions.

La traçabilité de la stérilisation et de la désinfection doit permettre de retrouver le traitement subi par le matériel entre deux utilisations et de pouvoir faire le lien avec les patientes pour lequel il a été utilisé [25].

EN PRATIQUE

Déroulement de la consultation de gynécologie

La table d'examen est désinfectée chaque jour en fin de consultation ou en cas de souillures à l'aide de lingettes à usage unique imprégnée d'antiseptique. Elle est recouverte d'un papier changé à chaque examen.

Stéthoscope et brassard de prise de tension sont désinfectés à l'aide de lingettes imprégnées d'antiseptique ou de spray.

En cas de consultation simple d'une patiente à faible risque infectieux, les mains sont lavées, avec soit un savon ordinaire, soit un savon antiseptique selon le geste réalisé. Elles sont séchées par tamponnement à l'aide d'essuie-mains en papier.

Une solution hydro-alcoolique peut être utilisée entre 2 ou 3 lavages.

Les gants non stériles à usage unique pour les examens gynécologiques sans geste invasif sont présentés dans une boîte distributrice.

Les spéculums et les pinces utilisés sont à usage unique. Leur récupération est sélective dans une poubelle appropriée.

En cas de geste invasif ou devant une patiente probablement infectée, le lavage des mains sera hygiénique.

Elles sont séchées par tamponnement à l'aide d'essuie-mains en papier.

Les gants sont stériles à usage unique.

Les spéculums et les pinces utilisés sont à usage unique. Leur récupération est sélective dans une poubelle appropriée.

Par exemple ceci sera appliqué en cas de biopsie de col, biopsie d'endomètre, hystérométrie, hystéroscopie, hystérosalpingographie ou de biopsie de peau au niveau de la vulve avec suture, retrait d'un implant.

La désinfection du col se fait à l'aide d'un produit iodé (Bétadine) sauf en cas d'allergie à l'iode.

La désinfection de la peau saine (avant biopsie de vulve par exemple) est obtenue grâce à un produit alcoolique ou un produit contenant de la Chlorexidine.

CAS PARTICULIER DE LA CONSULTATION D'ÉCHOGRAPHIE

Désinfection de la sonde de niveau intermédiaire.

Protection de la sonde endovaginale par un doigt de gant à usage unique, stérile.

La sonde d'échographie abdominale devra subir une désinfection de bas niveau.

CONCLUSION

Les professionnels de santé hospitaliers sont depuis longtemps confrontés aux infections nosocomiales.

Les précautions et les mesures mises en place dans les hôpitaux sont applicables aux cabinets de consultation.

Les mesures essentielles sont représentées par l'hygiène des mains, l'antisepsie lors des soins, la désinfection du matériel et l'utilisation préférentielle, lorsqu'elle est possible, de l'usage unique.

Le but de ces précautions est à la fois la protection des patientes et du praticien.

Annexe : les produits antiseptiques

Quelques recommandations d'emploi des produits antiseptiques
<ul style="list-style-type: none"> • Respecter les dilutions et les temps de contact indiqués • Préférer les monodoses aux grands conditionnements • Respecter les dates de péremption et noter les dates d'ouverture sur le flacon • Ne pas toucher les orifices des flacons, les bouchons • Bien reboucher après usage • Le nombre de produits au cabinet ne doit pas dépasser 2 ou 3. • Ne jamais mélanger des antiseptiques (en particulier les produits mercuriels et iodés) ce qui risquerait des brûlures cutanées pouvant aller jusqu'à la nécrose.

Composés	Utilisations	Contre-indications
Halogénés		
Dérivés chlorés	Antisepsie de la peau saine, des muqueuses, des plaies	Pas de C-I
Dérivés iodés des muqueuses, des plaies.	Antisepsie de la peau saine, Grossesse 2 ^e -3 ^e trimestre Produits spécifiques gynécologiques	C-I : allergie à l'iode
Biguanides 0,05 %	Chlorhexidine aqueuse Antisepsie des plaies	
Chlorhexidine alcoolique 0,05 %	Antisepsie de la peau saine	C-I : muqueuses
Alcool éthylique	Antisepsie de la peau saine	C-I : muqueuses, plaies
Associations Chlorhexidine + ammoniums quaternaires	Antisepsie de la peau saine et des plaies chirurgicales	

Deuxième partie

Hygiène des locaux et du matériel

INTRODUCTION

Comme nous l'avons vu dans la première partie de l'article, la transmission des BMR se fait soit par contact direct entre deux personnes soit par l'intermédiaire d'un matériel contaminé (stéthoscope, brassard de tensiomètre, table d'examen...).

Nous allons étudier successivement l'aménagement et l'organisation du cabinet médical, son entretien, la gestion des dispositifs médicaux et celle des déchets d'activité de soins.

AMÉNAGEMENT ET ORGANISATION DES LOCAUX

Trois zones sont à repérer dans un cabinet médical, des zones administratives (accueil, secrétariat, salle d'attente, archivages), des zones « protégées » (salle d'examen et de soins, zone de stockage du matériel stérile, zone de conditionnement des dispositifs médicaux avant stérilisation, zone de désinfection des dispositifs thermosensibles) et des zones potentiellement contaminées (stockage des déchets, linge salle, matériel de ménage, lavage des dispositifs médicaux).

Les matériaux de revêtement des sols des deux dernières zones sont lessivables, carrelages avec joints plats et étanches ou matériaux synthétiques (pas de moquette ou tapis). Les murs seront lessivables (peinture, papier vinyle, carrelages avec joints plats et étanches).

Le mobilier de la salle d'examen et de soins pourrait être le suivant :

- une poubelle (à pédale ou sans couvercle) équipée d'un sac pour déchets ménagers,
- une poubelle (à pédale ou sans couvercle) équipée de sac pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI),
- une boîte OPCT pour objets piquants, coupants et tranchants,
- une table d'examen dont le revêtement est lessivable, nettoyé entre deux patientes, recouverte d'un support en papier changé entre deux patientes,
- une petite table roulante destinée à recevoir du matériel d'examen à deux étages (zone propre, zone sale),
- une armoire fermée ou un placard pour recevoir les dispositifs médicaux nécessaires à la réalisation des soins,
- un réfrigérateur pour les médicaments ou vaccins,
- une balance.

En d'utilisation de dispositifs médicaux réutilisables, il faut placer à proximité de la zone de soins un bac contenant une solution de pré-désinfection dans lequel seront immédiatement déposés les dispositifs médicaux après usage.

La zone de lavage des mains est à proximité de la zone de soins avec un lavabo, un distributeur de savon liquide à cartouche jetable, un distributeur de produit hydro-alcoolique, un distributeur de savon antiseptique et un distributeur de serviettes en non-tissé.

Les zones d'entretien des dispositifs médicaux réutilisables et le local dédié au ménage avec entrepôt du matériel de ménage, du linge sale, des déchets assimilés aux ordures ménagères sont des locaux bien individualisés.

Dans les sanitaires, il faut préférer des WC et lavabos suspendus. On y installe un distributeur de savon liquide, un distributeur de papier et de serviettes en non-tissé. L'idéal est d'ajouter un système de protection de la lunette de WC.

ENTRETIEN DES LOCAUX

L'entretien des locaux s'inspire des recommandations du *Guide de Bionettoyage* [22].

Ce nettoyage va débiter par les zones dites protégées, puis les zones administratives pour terminer par les zones contaminées. Pour procéder à l'entretien des locaux, il faut porter des gants de ménage et un tablier de protection (ou une blouse).

Pour les zones administratives, il suffit de réaliser un nettoyage simple en employant un détergent du commerce et en notant les dates d'ouverture des produits.

Pour les autres zones, réaliser un bionettoyage, soit en un seul temps en employant un produit détergent-désinfectant (à marquage CE obligatoire au titre de la directive 93/42/CEE), soit en trois temps, un détergent du commerce, un rinçage et enfin un désinfectant.

L'utilisatrice utilisera **un chariot de ménage** organisé en étage propre et étage sale. Les supports non tissés sont préférés par commodité. Si les textiles de nettoyage sont réutilisés, il faudra les laver en machine à $> 60^\circ$ avec javelisation au dernier rinçage. L'ensemble du matériel d'entretien est nettoyé une fois par jour. Les serpillières et les éponges sont interdites.

L'entretien des surfaces (mobiliers et équipements) se fait par essuyage humide avec un textile propre ou un support non tissé à usage unique, imprégné d'un détergent-désinfectant. Il ne doit jamais être retrempé dans la solution détergente-désinfectante afin de ne pas la contaminer [29].

L'entretien des sols des zones protégées doit suivre un protocole particulier, dépoussiérage humide avec un support imbibé de produit d'entretien puis un lavage et désinfection des sols avec un produit détergent-désinfectant. Il est indispensable de changer le support de nettoyage entre chaque local et après chaque nettoyage.

L'entretien des sols et des surfaces, des mobiliers et des équipements est réalisé au moins une fois par jour en fin d'activité et entre deux patientes pour les surfaces susceptibles d'avoir été souillées. Un nettoyage approfondi est programmé de façon périodique dont les dates de réalisation sont notées.

L'eau de Javel est fréquemment employée. Elle est présentée en berlingot de 250 ml, concentrée à 12,5 % de chlore, se conserve 3 mois, diluée dans un litre, elle est concentrée à 0,36 % de chlore, elle se conserve un an. Il s'agit d'un désinfectant qui s'applique après nettoyage. Il faut la diluer dans l'eau froide et toujours l'utiliser seule.

Elle se dégrade à la chaleur et à la lumière. Elle altère les métaux ferreux comme les canalisations et certains matériaux plastiques.

Au cabinet médical, elle peut s'appliquer sur les sanitaires. Son effet corrosif rend son utilisation difficile sur les mobiliers.

GESTION DES DISPOSITIFS MÉDICAUX (DM) [3]

Le médecin est personnellement responsable de son matériel.

L'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique est à privilégier chaque fois qu'un tel matériel existe et qu'il permet de réaliser une intervention sûre et efficace pour le patient.

Il a pour inconvénient le stockage et son élimination [11].

Les dispositifs médicaux à usage unique ne doivent jamais être réutilisés. Sur l'emballage figure le symbole 2 barré dans un cercle, ou une des phrases : « usage unique » ou « à n'utiliser qu'une seule fois » ou « ne pas réutiliser ».

Si le DM est stérile, la mention « stérile » doit figurer sur l'emballage.

Les dispositifs médicaux à usage unique (spéculum, pinces, compresses...) sont reçus en emballage stérile. Après utilisation, ils sont considérés comme des déchets à risques infectieux puisqu'ils ont été en contact avec une muqueuse et des sécrétions potentiellement infectées. Ils seront déposés dans une poubelle spécifique ayant un système de fermeture provisoire et un système définitif. Leur stockage et élimination répondent à des normes précises décrites dans un chapitre suivant.

Pour ceux qui résisteraient à l'emploi des dispositifs à usage unique, les procédures de stérilisations du matériel réutilisable sont draconiennes et nécessitent une traçabilité rigoureuse.

Les dispositifs médicaux réutilisables [29] sont classés en trois groupes qui correspondent à des niveaux de risque infectieux, fonction de la nature du tissu avec lequel le DM entre en contact lors de son utilisation. Le choix de la procédure d'entretien d'un DM entre deux utilisations est fonction de sa destination, du risque infectieux selon des agents transmissibles conventionnels (bactéries, virus, champignons) et non conventionnels (prion).

DM critique (C) (haut risque infectieux) : matériel introduit dans le système vasculaire ou dans une cavité ou tissu stérile : stérilisation ou à défaut désinfection de haut niveau (par exemple hystéroscope, pince de Pozzi).

DM semi-critique (SC) : dispositif entrant en contact avec une muqueuse sans effraction ou avec peau lésée superficiellement : stérilisation ou à défaut désinfection de niveau intermédiaire. Spéculum, pince languette.

DM non critique (NC) : dispositif entrant en contact avec la peau saine (bas risque infectieux) : stéthoscope, table d'examen, tensiomètre, pèse-personne.

Ces derniers sont stérilisés chaque jour.

Stérilisation des DM de consultation (spéculums, pinces, ciseaux) thermorésistants.

Pré-désinfection par immersion dans une solution détergente-désinfectante (sans aldéhyde) afin de neutraliser les germes [5, 31, 14].

Rinçage à l'eau du robinet.

Nettoyage et brossage des instruments dans un bain neuf de détergent.

Rinçage.

Séchage par égouttage.

Emballage en sachets ou boîtes.

Stérilisation à la vapeur d'eau sous pression à 134° C pendant 18 minutes de plateau de stérilisation (autoclave) [35, 33, 34, 36].

Un indicateur de passage coloré apporte la preuve de la stérilisation.

Contrôle et étiquetage avec date de la stérilisation.

Stockage dans un tiroir ou placard propre et fermé. Le DM est emballé.

Stérilisation des DM thermosensibles (hystéroscope souple).

Désinfection chimique par immersion.

Rinçage abondant à l'eau stérile.

Séchage par égouttage, essuyage ou soufflage d'air si non utilisation immédiate.

Stockage dans un tiroir ou placard propre et fermé. L'hystéroscope est emballé.

GESTION DES DÉCHETS D'ACTIVITÉ DE SOINS

La loi n° 75-633 du 15 juillet 1975 modifiée par les lois du 13 juillet 1992 et du 2 février 1995 définit le terme de déchets et instaure le principe suivant :

« Tout producteur de déchets est responsable de leur élimination ».

Deux arrêtés d'application ont été publiés le 7 septembre 1999, l'un précisant les modalités d'entreposage des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI), l'autre précisant le contrôle des filières d'élimination de ces mêmes déchets.

Différents déchets de soins

Les déchets d'activités de soins non contaminés assimilables aux ordures ménagères sont les emballages, cartons, papiers essuie-mains, draps d'examen non souillés.

Les déchets d'activité de soins à risques chimiques ou toxiques (médicaments), films radiologiques, les piles ne sont pas évoqués dans cet article.

Les déchets d'activités de soins à risques infectieux (DASRI)

Ils peuvent contenir des micro-organismes viables ou leur toxine, cause de maladie chez l'homme.

Le guide technique édité par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité précise la nature des déchets de soins à risques infectieux :

- Les dispositifs médicaux ou matériaux piquants, coupants, tranchants, dès leur utilisation, qu'ils soient ou non en contact avec un produit biologique (aiguilles à ponction, à biopsie, lames à usage unique, inserteurs de stérilets, d'implant...).
- Les flacons de produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption, les tubes de prélèvements sanguins...
- Tout dispositif de soins et tout objet souillé par du sang ou un autre liquide biologique (spéculum à usage unique, hystéromètre et diverses pinces à usage unique, sondes à insémination, seringues, gants d'examen, protection de sonde endovaginale d'échographie).
- Certains déchets de laboratoire (milieu de culture, prélèvements...)

Tri dès la production et élimination

Les déchets d'activités de soins à risques doivent être séparés dès leur production, conditionnés de manière distincte dans un emballage primaire et suivre des filières d'élimination spécifiques [13].

Le médecin devra disposer de plusieurs poubelles.

Poubelles pour ordures ménagères : emballages, cartons, papiers essuie-mains, draps d'examen non souillés.

Objets piquants et tranchants souillés : boîtes à OPCT

Déchets mous contaminés (compresses souillées, tubulures...) : emballages rigides et étanches à usage unique ou des sacs étanches placés dans des conteneurs réservés à leur collecte.

Ces sacs sont de couleur jaune (signallement européen du risque biologique) et leur fabrication répond à des normes AFNOR.

Stockage

Si la production de DASRI est inférieure à 5 kg/mois en un même lieu, les déchets seront entreposés pendant une durée inférieure à 3 mois, loin d'une source de chaleur, dans des emballages étanches munis de dispositifs de fermeture provisoire et définitive. Si la production dépasse 5 kg par mois, il est nécessaire d'avoir un local identifié sans risque des intempéries, de la chaleur et des animaux. Le sol et les parois doivent être lavables et feront l'objet d'un nettoyage régulier. Ce local est muni d'arrivée d'eau et d'une évacuation des eaux usées. Le stockage ne doit pas alors dépasser 7 jours.

Transport et élimination

Le transport des déchets à risque infectieux vers le lieu d'incinération impose un suremballage ou un conteneur agréé, correspondant aux dispositions réglementaires internationales concernant le transport de matières dangereuses par la route.

Les déchets peuvent être transportés dans un véhicule personnel ou de fonction si la masse est inférieure à 15 kg.

L'élimination des déchets de soins à risque infectieux est confiée à un prestataire de service par une convention écrite [12].

Le médecin exigera un bon de prise en charge et un bordereau de suivi (CERFA n° 11352-01 pour une production < 5 kg/mois. Ce bordereau atteste de la traçabilité des déchets et constitue la preuve de l'élimination.

Ce document comporte l'identification du producteur, du collecteur et du destinataire avec les modalités d'élimination. Il est signé par chacun des intermédiaires et retourné une fois par an au producteur des déchets. Les documents de suivi sont conservés pendant trois ans.

Résumé

Le médecin a des obligations de respecter des règles d'hygiène au cours des soins qu'il prodigue à ses patients, et cette obligation est désormais inscrite dans la loi. Un guide de prévention des infections liées aux soins en dehors des établissements de santé vient d'être édité et fera référence en cas de contentieux.

Les risques infectieux sont représentés par les BMR (bactéries multirésistantes), les ATNC (agents transmissibles non conventionnels ou Prion) et les AES (accidents d'exposition au sang). La transmission se fait pratiquement toujours par les mains ou les dispositifs médicaux utilisés.

La généralisation de l'usage unique et l'application de règles simples mais strictes d'hygiène en assurent la prévention : lavage hygiénique des mains, désinfection du petit matériel comme le stéthoscope, le tensiomètre ou la table d'examen après passage de la patiente.

L'hygiène des mains est la première mesure de prévention de transmission de germes. Seront proscrits le savon en pain, les torchons ou les serviettes de toilette, le sèche-mains électrique, le port de bijoux, de vernis à ongles, de manches longues.

Les locaux médicaux sont répartis en trois zones bien distinctes, administrative (accueil, secrétariat, salle d'attente), protégée (salles d'examens, stockage de matériel stérile) et contaminée (stockage des déchets, linge sale, matériel de ménage).

Les zones protégées doivent subir un bionettoyage. On préférera l'utilisation des supports non-tissés, si possible, à usage unique, imprégnés d'une solution détergente-désinfectante avec tenue d'un calendrier. Les poubelles sont de préférence ouvertes ou à pédale, équipées d'un sac jetable.

Les dispositifs médicaux à usage unique ne seront pas réutilisés, ils sont triés dès leur utilisation, stockés puis éliminés. Ceux qui sont réutilisables subissent des procédures strictes de stérilisation, avec traçabilité, emballage et étiquetages des sachets.

Tout producteur de déchets est responsable de leur élimination. Les déchets de soins ne sont pas mélangés aux ordures ménagères. Ils nécessitent une poubelle spécifique pour piquants et infectieux. Le transport et l'élimination se font via des structures spécialisées dont liste est disponible à la DDASS de chaque département.

Bibliographie

1. Antonietti G. Epidémiologie des SARM en médecine de ville. Bulletin du C-CLIN Sud Est N°16 octobre 2000; 6.
2. Arrêté du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière. Ligne directrice particulière n° 1 : préparation des dispositifs médicaux stériles. Journal officiel du 3 juillet 2001.
3. Art. L 5211-1 du Code de la Santé Publique (définition du dispositif médical).
4. Association Médicale de Perfectionnement post-Universitaire de Meurthe-et-Moselle (AMPPU). Comment réduire le risque infectieux au cabinet médical ? Nancy, 1990.
5. Baudriller N. Hygiène en médecine générale : commencer par décontaminer. Rev Prat Médecine générale 2001; 551: 1833-6.
6. Bonnes pratiques de Stérilisation : CCM-GPEM/SL. Stérilisateurs à la vapeur d'eau pour charges à protection perméable. Guides et documents type annexe : Bonnes pratiques de stérilisation. Fascicule.
7. C-CLIN OUEST. Réduire le risque infectieux au cabinet médical. Octobre 1999.
8. Circulaire DGS/DH/DRT n° 99/680 du 8 décembre 1999 relative aux recommandations à mettre en œuvre devant un risque de transmission du VHB et du VHC par le sang et les liquides biologiques.
9. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
10. Circulaire DGS/DHOS/DRT n° 2003/165 du 2 avril 2003 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antiviral après exposition au risque de transmission du VIH et circulaire DGS/DH N° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.
11. Circulaire DGS/SQ3/DGS/PH2-DH/EM1 n° 51 du 29 décembre 1994, relative à l'utilisation des dispositifs médicaux à usage unique.
12. Circulaire DH/S12-DGS/VS3 n° 554 du 1^{er} septembre 1998 relative à la collecte des objets piquants, tranchants souillés.
13. Circulaire DHOS/E4/SD7B/DRT/CT2 n° 2005/34 du 11 janvier 2005 relative au conditionnement des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés.
14. Circulaire n° 138 du 14 mars 2001 relative aux précautions à observer lors des soins en vue de réduire les risques de transmission d'agents transmissibles non conventionnels.
15. Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France, Ministère de l'Emploi et de la Solidarité/Secrétariat d'Etat à la Santé, Comité Technique National des Infections Nosocomiales, Société Française d'Hygiène Hospitalière. Isolement septique : Recommandations pour les établissement de soins, 1998.
16. Décret n° 1199 du 13 décembre 1999 relatif aux équipements sous pression.
17. Ducel G, Chapon JL. Le séchage. La méthode choisie a-t-elle une influence sur le résultat ? Techniques hospitalières 1998; 630: 39-44.
18. Eveillard M *et al.* Portage, acquisition et transmission de staphylococcus aureus résistant à la méthicilline en milieu communautaire. Conséquences en termes de politique de prévention et d'antibiothérapie. Med Mal Inf 2002; 32: 717-24.
19. Fédération Régionale de Formation Médicale Continue, Centre de Coordination de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales de l'Ouest. Réduire le risque infectieux au cabinet médical. Janvier 1996.
20. Groom AV *et al.* Related Articles, links community-acquired methicillin-resistant Staphylococcus aureus in a rural American Indian community. Jama 2001 sep 12; 286(10): 1201-5.
21. Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Direction générale de la santé, Ministère de la santé, 2006. <http://www.sante.gouv.fr>.
22. Guide du Bionettoyage (Commission centrale des marchés GPEM/SL n° 5670 : p 1 à 81).
23. Guide Ministère de l'Emploi et de la Solidarité - Direction générale de la Santé - Direction des hôpitaux « Infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé » Paris, Janvier 2006: 128 pages.
24. Hilton DA *et al.* Prion immunoreactivity in appendix before clinical onset of variant Creutzfeld-Jakob disease. Lancet 1998; 352: 703-04.

25. J Fleurette *et al*. Guide pratique de l'antiseptie et de la désinfection. Editions ESKA, Paris, 1997.
26. Le Coz A, Mallaret MR, Pauzin N. Traitement des dispositifs médicaux p 45-62 dans Guide d'hygiène et soins ambulatoires. Editions Frison-Roche.
27. Le Coz-Iffenecker A, Mallaret MR, Pauzin N. Guide d'hygiène et soins ambulatoires. Editions Frison-Roche, Paris, Juin 2000.
28. Le décret n° 2001-1154 du 5 décembre 2001 relatif à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité des dispositifs médicaux.
29. Liste Positive Désinfectants 2005. Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). HygièneS 2005 volume XIII numéro 3 ou sur Internet : sfhh.net.
30. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, Comité Technique des Infections Nosocomiales. Maîtrise de la diffusion des bactéries multirésistantes aux antibiotiques. Recommandations pour les établissements de santé 1999.
31. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Secrétariat d'état à la santé. Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France – Comité technique national des infections nosocomiales. Désinfection des dispositifs médicaux. Guide de bonnes pratiques. 1998. 133 p. n° 5708.
32. Norme EN 13060. Journaux Officiels, 1993.
33. Norme NF EN 554 : Validation et contrôle de routine pour les stérilisateur à vapeur d'eau (indice de classement S 98-105). Octobre 1994.
34. Norme NF EN 867-3 : Systèmes non biologiques destinés à être utilisés dans des stérilisateur : partie 3 : Spécifications pour les indicateurs de la classe B destinés à être utilisés dans l'essai de Bowie-Dick (Indice de classement S 98-003). Juin 1997.
35. Parneix P. Est-il licite d'utiliser un stérilisateur type Poupinel en médecine de ville ? Le Concours Médical 1999; 981-2.
36. Projet de norme pr EN 867-4 : Systèmes non biologiques destinés à être utilisés dans des stérilisateur : partie 4 : Spécifications relatives aux indicateurs utilisés en alternative à l'essai de Bowie-Dick pour la détection de la vapeur d'eau (Indice de classement S 98-006). Février 2001.
37. Rabaud C. *et al*. Quel masque ? Pour quel usage ? Hygiènes 1998; VI: 112-8.
38. Revue Prescrire. Maladies à prions première partie 2002; 226: 204-15. Deuxième partie 2002; 228: 361-72. Troisième partie 2002; 233: 755-68.
39. Risques infectieux en milieu de soins. Masques médicaux ou appareils de protection respiratoire : quel matériel choisir. Fiche pratique de sécurité ED 4136 INRS, AFSSAPS, DGS, DRT, www.inrs.fr
40. Segard L. Propositions sur les aspects qualitatifs, pratiques et économiques de la désinfection et de la stérilisation des instruments de sutures et des spéculums dans les cabinets de médecine générale. Thèse Paris 12 Créteil, 1997.
41. SFHH. Recommandations pour la désinfection des mains. Collection Hygiènes 2002. Edition Health and Co 31, chemin des Balmes BP 69144 Rilleux Crepeux.
42. Société Française d'Hygiène Hospitalière (SFHH). Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité. Paris, Mai 1998.
43. Vanaquier M-F. Audit sur l'hygiène du cabinet médical en médecine générale. Thèse Poitiers, 1994.
44. WHO Guidelines on Transmissible Spongiform Encephalopathies in relation to biological and pharmaceutical products. February 2003 WHO/BCT/QSD/03.01.